



Actas de las  
III Jornadas Andaluzas  
Mujeres y Salud  
Bienestar Psicológico  
desde la Perspectiva  
de Género



Instituto Andaluz de la Mujer  
CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

# Índice

## Bienestar Psicológico desde la Perspectiva de Género III Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud

	<i>página</i>
<b>Presentación</b> 1	3
Soledad Pérez Rodríguez <i>Directora del Instituto Andaluz de la Mujer</i>	
<b>El ideal maternal y sus consecuencias en la maternidad, la salud y la vida de las mujeres</b> 2	7
M <sup>a</sup> Asunción González de Chávez Fernández <i>Profesora de Psicología Médica. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria</i>	
<b>Estereotipos de belleza y moda y su relación con la anorexia</b> 3	23
Soledad Muruaga López de Guereñu <i>Psicóloga y directora del Espacio de Salud "Entre Nosotras"</i>	
<b>El rol masculino tradicional como factor de riesgo para las mujeres</b> 4	31
Fernando García Sanz <i>Psicólogo. Foro de Hombres por la Igualdad</i>	
<b>Trastornos mentales y malestar psicológico. Prevalencia y evaluación en usuarias de la red pública de salud mental de Andalucía</b> 5	41
Asunción Luque Budia <i>Psicóloga clínica. Unidad de Salud Mental Comunitaria Sur. Área SM Virgen del Rocío. Sevilla</i>	
<b>Tratamientos con perspectiva de género</b> 6	55
Carmen Jiménez Casado <i>Psicóloga clínica. Equipo de Salud Mental Sur. Sevilla</i>	
<b>Mujer Inmigrante: desafíos para la inserción</b> 7	67
Johanna Torres Gil <i>Psicóloga. Comisión Española de Ayuda al Refugiado</i>	
<b>Mujer y discapacidad: una doble discriminación</b> 8	75
Asunción Moya Maya <i>Psicopedagoga. Profesora de la Universidad de Huelva</i>	
<b>Las asociaciones de mujeres como agentes de promoción de la salud</b> 9	101
Teresa Alba Pérez <i>Fundación Matria</i>	

## Presentación

Soledad Pérez Rodríguez  
*Directora del Instituto Andaluz de la Mujer*



1

## Presentación

Soledad Pérez Rodríguez

*Directora del Instituto Andaluz de la Mujer*

A finales del año 2007 el Parlamento de Andalucía aprobaba la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía, y la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. Ambas iniciativas son consecuencia del firme compromiso del Gobierno andaluz de promover actuaciones que tengan como objetivo la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres, la prevención de la violencia de género y la protección de las mujeres afectadas por la misma. Ambas normas abordan de manera específica la necesidad de que el sistema sanitario público de Andalucía en su gestión diaria preste especial atención a estas cuestiones.

El campo de la salud mental, es una de las áreas donde es más fácil evidenciar la influencia del género en el proceso de salud - enfermedad. Sin embargo, hasta hace muy poco la concepción de la salud mental de la mujer había sido muy limitada. Hoy en día gracias al avance en la investigación de las ciencias biomédicas desde la teoría de género, estamos superando aquel modelo de salud mental que sólo relacionaba a la mujer con su ciclo hormonal, y podemos reconocer que la salud mental de las mujeres es un concepto muchos más amplio, donde confluyen los distintos roles que la sociedad les ha enseñado a interiorizar con las responsabilidades que actualmente asumen las mujeres y el entorno económico, así como la relación que tengan consigo mismas, con su cuerpo y con sus vivencias, todos ellos factores que van a condicionar la salud emocional.

Además de estar sometidas a múltiples presiones, las mujeres han de luchar contra las desigualdades propias de un sistema patriarcal, que en interacción con otros factores sociales van a condicionar su salud y que tiene su máxima expresión en la violencia de género.

Por ello entendemos desde el Instituto Andaluz de la Mujer que es necesario promover un espacio de reflexión y debate donde abordar desde la perspectiva de género el bienestar psicológico de la población femenina y sus determinantes, así como analizar propuestas que nos ayuden a mejorar la atención prestada teniendo en cuenta las necesidades de atención a la salud de las mujeres derivadas de un sistema desigual. En particular, las necesidades en materia de salud mental de las víctimas de la violencia de género.

Estos son los objetivos que han perseguido las III Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud, dedicadas al bienestar psicológico desde la perspectiva de género, cuyas actas se presentan aquí, y que, con el debate generado entre ponentes y participantes, seguro que han contribuido en conseguir avanzar en la construcción de una sociedad andaluza cada vez más igualitaria.

## El ideal maternal y sus consecuencias en la maternidad, la salud y la vida de las mujeres

M<sup>a</sup> Asunción González de Chávez Fernández  
*Profesora de Psicología Médica.  
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*



# 2

## El ideal maternal y sus consecuencias en la maternidad, la salud y la vida de las mujeres

M<sup>a</sup> Asunción González de Chávez Fernández

Profesora de Psicología Médica. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

La historia de las mujeres está plagada de normas y restricciones que evidencian la necesidad social (masculina) de controlar lo que es vivido como potencial peligrosidad femenina. Tales normas abarcan innumerables aspectos de la vida de las mujeres y pueden atañer a la libertad de movimiento, posesión, posición, elección... ubicándolas como meros *objetos de intercambio* (según la feliz expresión de Levi-Strauss) y no como sujetos sociales. De entre todas las normas prescritas, el modelo de feminidad (que constituye a la vez el sustrato/ contrapartida/apoyo del modelo de masculinidad) ha constituido la garantía fundamental del sometimiento de las mujeres al dominio del varón, a través de la configuración de una estructura psíquica que constituye el cimiento básico de la obediencia al orden masculino y al mantenimiento del statu quo.

Para analizar las raíces intrapsíquicas de la configuración de tal modelo de feminidad, resulta enormemente ilustrativo seguir la trayectoria de las imágenes femeninas de la mitología antigua, partiendo de las llamadas *grandes diosas*, deteniéndonos principalmente en las figuras femeninas *animalizadas*, hasta llegar al paradigma de modelo femenino por excelencia del mundo católico occidental: la Virgen María.

Las grandes diosas representan la conexión de las mujeres con la Naturaleza. Por ello, la Luna, la Tierra, las aguas, los árboles, los animales (y la serpiente de modo particular) aparecen siempre asociadas a las divinidades femeninas, a las mujeres. Pero el significado que más las asocia con la naturaleza y que esta en la raíz de todas las demás simbolizaciones es el del poder de dar la vida y la muerte, que vincula a las mujeres con el origen y el más allá.

La capacidad reproductiva de la mujer la ha vinculado al misterio fundamental del universo, al misterio de la vida, de la muerte y de la vida después de la muerte.

Pero además, la capacidad de dar vida es dotada de significaciones ambivalentes, en cuanto es vida hacia-para la muerte y en cuanto el amor a la madre/la mujer ha sido representado por el hombre como parálisis de vida, al haber asociado sólo lo masculino (lo racional, lo controlable) con la cultura y el ser superior, en oposición a la condición *inferior, temible* de la naturaleza y de lo instintivo, emocional, inconsciente.

Así, menos controlable era la naturaleza, más peligrosas y temibles aparecían las imágenes de las diosas: diosas creadoras (muchas partenogenéticas) y maléficas/mortíferas a un tiempo. Las

grandes diosas constituyen una proyección de la insignificancia e inseguridad masculina en medio del cosmos, frente a una naturaleza impredecible e incontrolable.

Y es la asociación de las mujeres con la Naturaleza y su ser diversas (las Otras), lo que las convierte en sede de proyección de los mismos temores que aquella despierta, dando origen así a los diversos mecanismos masculinos de protección (=opresión) para ahuyentar/negar/controlar dichos temores frente a las mujeres. Los tabúes del embarazo y parto, de la virginidad y la menstruación, la prescripción de la virginidad, la monogamia, la segregación en el lugar del hábitat... han sido/son algunas de las manifestaciones culturales primitivas y actuales en que se concreta la necesidad masculina de exorcizar los temores que el (vivido como potente) ser/cuerpo femenino les genera.

La evolución posterior de las divinidades femeninas da cuenta de una escisión de la ambivalencia primordial que estas encarnaban, como diosas de la vida y de la muerte, creadoras y mortíferas a la vez, generadoras simultáneamente de veneración y temor. En la cultura clásica, las imágenes femeninas veneradas son desprovistas poco a poco de sus potencias amenazadoras, hasta quedar completamente desexualizadas, privadas de su capacidad creadora, despojadas de su inmenso poder y asimiladas a madres buenas, protectoras benéficas, muchas de las cuales reciben su prestigio por estar vinculadas a dioses importantes. La representación más tardía de esta evolución es la virgen María, venerada sólo en cuanto Madre de Jesús-Dios, no como Diosa, aunque herede algunos de los atributos y figuraciones de las grandes diosas.

La negatividad paulatinamente pasa a ser proyectada en otras figuras mitológicas maléficas, ambiguas y frecuentemente animalizadas, tras cuyas características pueden entreverse los temores ocultos de los hombres en relación a las mujeres.

Así, a las imágenes benevolentes femeninas que crean, nutren, protegen, curan, salvan... se yuxtaponen siempre las imágenes malignas/demoníacas que pueden utilizar su poder para seducir, dañar, paralizar, anular, matar... (poderes que se le atribuyen también a la sangre menstrual). Este proceso de escisión de la ambivalencia primordial puede observarse claramente no sólo en las religiones y los mitos, sino también en la historia, las fábulas, las leyendas, los cuentos de hadas (con sus antítesis correspondientes de brujas y madrastas). Ambos aspectos positivos y negativos, constituyen las dos caras posibles de la omnipotencia: del poder atribuido a (¿detenido por?) las mujeres.

Estas figuras maléficas de la época clásica (la Esfinge, la Medusa, las Sirenas, las Harpías, las Erinias...) tienen sus antecesoras en otras figuras mitológicas anteriores (la asirio-babilónica Astarté-Istar o incluso la diablesa hebraica Lilith), compartiendo con ellas muchas características y atributos: la asociación con la serpiente, por ejemplo. Unas veces la serpiente acompaña a la mujer, otras se fusionan en un solo ser; en cualquier caso, ambas asumen significados afines: la perversidad, la sensualidad, la seducción destructora, la transgresión... pues la serpiente (la mujer) aparece como sinuosa, engañosa, seductora, venenosa, cambiante, escurridiza...

Estas imágenes femeninas animalizadas y terroríficas son perpetradoras de las acciones más abyectas y temibles para el varón: son descritas como ávidas y rapaces; ogresas roba-niños o arrancadoras de sus entrañas; chupadoras de sangre; seductoras y posteriormente devoradoras, aniquiladoras o paralizadoras de los hombres (nunca mujeres) a quienes seducen...

El deseo de devorar/el temor de ser devorado; el deseo de poseer, dominar, controlar/el temor de ser poseído, oprimido, aplastado, demandado, aprisionado; el deseo de seducir/el temor de ser seducido, dañado, abandonado... son los sentimientos/atribuciones proyectados en estas figuras míticas, que representan el misterio, el peligro, el engaño, la fascinación que despierta el deseo de fusión o de desvelamiento.

La representación de los hombres seducidos en posición desvalida o durmiente, destacando, por tanto, su fragilidad, resalta el poderío, la lascividad, la ávida sexualidad y la perversidad que la mente masculina proyecta (teme) en estas imágenes femeninas animalizadas que, paradójicamente, carecen de órganos sexuales propiamente dichos: sólo el rostro con cabellera –y los pechos en algunos casos– pueden ser indicativos de la *diferencia* sexual. Su sexualidad aparece como exuberante, insaciable, incontrolable, antropofágica incluso: peligrosa. Tal temible representación parece destinada a exorcizar la sexualidad en las mujeres “terrenales”, tal como se refleja incluso en algunas otras divinidades del mismo período (Atenea, Hestia...) o en la que devendrá posteriormente imagen monolítica de la feminidad-maternidad: la Virgen María, cumplidora de la difícil misión de aunar maternidad y virginidad.

En efecto, la Virgen María viene a condensar, sintetizar, todas las características femeninas “deseables”, es decir, previamente desprovistas de poder. Es madre *por encargo* y virgen por exigencia filial. Su función es *obedecer y servir* (“*soy la sierva del Señor*”). Alejada de la omnipotencia de las grandes diosas ella viene a representar el ideal de Madre Buena benevolente, protectora y disponible. Su imagen representa el triunfo del deseo masculino: madre asexuada al servicio exclusivo de su hijo (del varón). No es ya la maternidad biológica, la capacidad creadora, la que sustenta su culto (como en las grandes diosas), sino las “cualidades” que impregnarán su imagen maternal: su pureza, su sacrificio, su disponibilidad.

María (la madre, las mujeres...) es requerida no sólo a niveles físicos como cuidadora, curadora... sino, sobre todo, a niveles psicológicos, como dadora de amor, protección, seguridad y apoyo. Su culto se afianza y extiende porque entronca con los sentimientos más profundos de los seres humanos: su imagen remite a la deseada/fantaseada fusión primaria y se nutre de las demandas de amor y disponibilidad absoluta que todo hijo reclama. En tanto símbolo, está configurada en correspondencia a los deseos y fantasmas de sus hijos. Su imagen de madre fiel, sufriente (la Dolorosa); su virginidad exaltada (antes y después del parto) está modelada para contrarrestar los sentimientos de impotencia, frustración, dolor, exclusión, rivalidad, abandono, rechazo... que constituyen las vivencias reales de todos los hijos con sus madres y que serán revividas en muchas otras situaciones a lo largo de la vida.

Paradójicamente, María, exaltada como Madre por excelencia, representa la negación de las madres reales, en tanto es sólo el aspecto dadivoso, asegurador, consolador el que aparece figu-



rado en ella. María es representada como la madre que existe sólo por y para el Hijo (único), que carece de otros deseos (por algún Otro...), es decir, sin rivales ni abandonos posibles y sin otros sentimientos que el Amor/Entrega absoluto, sin ambivalencia alguna. En la imagen de María, en la imagen mítica de la maternidad, han sido cancelados todos aquellos aspectos que en la realidad causan sufrimiento en los hijos: la posibilidad materna de negar/se, de mostrar ira, de prohibir, de rechazar, excluir y abandonar, de ser exigente, demandante, no tolerante...

El mito de la Virgen María se ha convertido en un conjunto de exhortaciones morales para las mujeres en el que se exaltan, como presuntas virtudes de la feminidad, la contrapartida de tales manifestaciones: la dulzura, la ternura, la paciencia, la docilidad, la humildad, la tolerancia, la compasión, la disponibilidad absoluta, la pureza, el servicio... Tal modelo de feminidad-maternidad ha sido interiorizado como un Ideal del Yo tan inalcanzable que esclaviza a las mujeres, llenándolas de sentimientos de culpabilidad y, en consecuencia, haciéndolas recurrir a una búsqueda permanente del perdón (de sí misma, del Otro, de los otros...), en un proceso sin fin de perpetuación del sometimiento y del sufrimiento psíquico y/o somático.

El único modelo ideal y positivo para las mujeres quedó circunscrito al ejercicio mistificado de la maternidad, que ha supuesto representar como transgresión todo aquello que no estaba acoplado a una imagen materna benefactora, de la que quedaron escindidos los aspectos temibles: su poder, su posible ira, sus sentimientos hostiles, su sexualidad.

La prohibición/censura de la asertividad, la agresividad, la sexualidad han caracterizado, pues, el modelo de mujer-madre vigente.

Las prohibiciones, a su vez, han ido acompañadas de las correspondientes prescripciones. Veamos el modo en que se han concretizado tales preceptos y exigencias y sus consecuencias para la salud de las mujeres.

Según tal ideal maternal, una madre *debería*:

- Sentir constantemente sólo amor por sus hijo/a
- Sentir una ternura protectora en toda circunstancia y momento
- Entenderles siempre y satisfacer todas sus necesidades, mostrando una incondicionalidad absoluta y constante
- Hacerles dejar de llorar, calmarles y ponerles contentos/as
- Ser capaz de adaptarse a los cambios de los hijos/as a medida que crecen
- Ser pacientes, tolerantes y afectuosas
- Mostrarse serenas y sonrientes
- Ser autosuficientes, fuertes y capaces, manifestándose satisfechas y felices de *su* función.

Pero, junto a tales preceptos en torno a las cualidades a poseer por toda *buena madre*, se incluyen los *defectos* que se han de eliminar, estando obligada pues a:

- Suprimir todo rasgo de egoísmo, erotismo y hostilidad
- No dejar transparentar sus ansiedades, necesidades, preocupaciones y conflictos.
- Cancelar todos los sentimientos negativos, las manifestaciones de cansancio, de hastío, descontento o tristeza, los síntomas de sufrimiento.

Según este modelo, las necesidades de dependencia, de apoyo, de ayuda son inconcebibles y vistas como debilidad, resultando paradójico que se le exija a la mujer ser nutricia, sin que le sea ofrecido a ella ningún tipo de soporte, de maternaje. Por ello, algunas autoras se han referido a esta condición con diversos epítetos. Así, para Chesler (1972), “*las mujeres son niñas sin madre*”. Franca Basaglia (1977) las define como “*madres sin madre*” o “*madres sin refugio*” y Lombardi (1988) alude también a la “*orfandad de las madres*”.

Y, paradójicamente también, las mujeres madres de varios hijos, especialmente si son pequeños, constituyen el grupo social de mayor riesgo a la hora de tener problemas de salud mental. Ello pondría en evidencia las dificultades para cumplir con un ideal tan inalcanzable y tan poco ajustado a las condiciones reales de las mujeres, que acaba haciendo sentir inadecuada, incapaz como madre y culpable a la mujer que experimenta (hace conscientes) sentimientos contrarios a tal Ideal.

De modo especial, deben ser cercenados los sentimientos de cólera y agresividad materna, sentimientos que, sin embargo, tienen un papel muy importante en la formación de la independencia y en la capacidad de devenir autónomos. De este modo, si la madre no se tolera esos sentimientos a sí misma, difícilmente podrá hacerlo con los de sus hijos. Tales sentimientos forman parte de la vida: preservar la identidad, tanto la de la madre, como la del hijo, requiere que no sean reprimidos. Es pues, necesario, aceptar el lado negativo de la ambivalencia, ya que tolerar/se los sentimientos negativos permite a la madre romper la simbiosis inicial y consiente al niño separarse de ella, haciendo posible la individualidad, la de la madre y la del hijo.

La obligación de dar/darse siempre y la prohibición de negar/negarse y de pedir ayuda constituyen las dos imágenes de una misma moneda y remiten a una característica común que subyace en este inaccesible Ideal maternal: la omnipotencia adosada a la Madre/la omnipotencia detenida por la Madre. Poderío inmenso que se genera/se cimenta con la dependencia de los hijos (de todos los otros, empezando por la propia pareja) y que constituye el sustrato básico, la gratificación sustancial (el inmenso goce) por el que las mujeres se aplican al cumplimiento del Ideal y toleran los inmensos costes que éste conlleva.

El Amor-Servicio –pues es tal la condición que caracteriza el amor materno, el amor femenino en general–, obtiene, como contrapartida, la dependencia/apego del otro, constituyendo ésta, en tantos casos, la única forma de *reciprocidad* que las mujeres reciben a cambio de tanta entrega y sacrificio. Es ésta *recompensa*, a mi juicio, la mayor resistencia al cambio que experimentan las madres, las mujeres, a la hora de negarse a las demandas de los otros o de hacerlas para sí misma.



Por otra parte, al tener prohibida la mujer toda expresión de ira, descontento, asertividad... sus necesidades y sentimientos sólo pueden expresarse a través de la agresividad *pasiva* y/o de comportamientos compensatorios. De este modo, el hipercontrol, la hiperalimentación, las hiperexigencias, las culpabilizaciones... a la par que constituyen mecanismos indirectos para expresar tales sentimientos, se erigen también en instrumento materno privilegiado para mantener su (único o principal) poder: el control de los hijos y, en modo especial, el de las hijas.

Las mujeres, en efecto, son expertas no sólo en sentir, sino en crear culpabilidad. No en vano la culpabilización hacia la madre es quizás el mejor recurso que también se ha utilizado para obligarla a obedecer (externa e internamente) con las normas y obligaciones que han tipificado el rol materno.

De este modo, sea por lo que da de más o por lo que da de menos, la culpabilidad acompaña siempre a la maternidad. En razón de ello, las mujeres no sólo deben interrumpir su vida profesional y perder su independencia o si deciden trabajar fuera de casa asumir los dos trabajos, con un esfuerzo y cansancio excesivos y renunciado frecuentemente a toda mejora laboral, sino que, además, si algo relacionado con los niños, la familia... va mal, ella será considerada culpable. En virtud de tales renunciadas obligadas, la maternidad ha representado para muchas mujeres y por diversas circunstancias (externas e internas) más una *sustracción*, una resta, que un *crecimiento*, un plus.

Pues existe una doble norma moral que permite, en todos los terrenos, más libertad a los hombres que a las mujeres, norma que la sociedad entera aplica en relación con lo que esperan de una madre y un padre en su relación con los hijos, de modo que mientras se respeta los hobbies y actividades de tiempo libre paterno y no se cuestiona su dedicación al trabajo, comportamientos similares en las mujeres son duramente criticados y considerados (incluso por ella misma) como *un abandono de sus deberes y de su familia*.

Las mujeres se hallarían así inmersas en la contradicción entre sus deseos como madre y sus deseos como mujer, existiendo una ruptura entre identidad femenina y experiencia de la maternidad

Y, por ello, la agresividad hacia los hijos, las angustias de la maternidad, no proceden sólo de una ambivalente relación con la madre, como muchos psicoanalistas intentarían hacer ver de modo reductivo, sino que, como señala Rich (1976) remiten también a la *violencia invisible de la institución maternal*, generadora de culpabilidades sin límite.

Culpas que tienen asimismo un origen inconsciente, relacionado con la historia infantil de cada mujer, pero que se ven reforzadas socialmente por las normas en torno al Ideal maternal. Y en la historia de cada mujer, la relación con la propia madre juega un papel fundamental. Veremos ahora que peculiaridades caracterizan este conflictivo vínculo.

Ya, hace ahora un siglo, Freud señalaba la mayor ambivalencia que existiría en la relación de la madre con la hija. Después de él, muchos psicoanalistas y diversas investigaciones aludirán a

este conflictivo vínculo, señalando en todos los casos el aspecto carencial que marcaría la relación primaria con la madre. Para los diversos psicoanalistas, ello estaría basado en que el deseo materno estaría más orientado hacia el hijo varón, sea porque éste tendría lo que ella no posee (el atributo fálico), sea porque el hijo varón sería un objeto materno más apropiado, en virtud de la presunta heterosexualidad materna.

En cualquier caso, otros investigadores de orientación empírica habrían destacado el vínculo/trato *preferencial* de la madre con el hijo varón, puesto de manifiesto no sólo en el deseo expresado antes del nacimiento, sino también en el tipo de relación mantenida desde el inicio, *medida* por la duración de la lactancia (mucho más prolongada en el tiempo y más larga cada tetada), por el tiempo de tenerlo en brazos, de dirigirse al bebé...

La mayor cantidad en la alimentación y la mayor calidad de los cuidados también sería una característica destacada en los países subdesarrollados, en los que se ha constatado la mayor desnutrición y la menor atención sanitaria prestada a las niñas. Igualmente la prohibición de realizar ecografías en algunos países orientales estaría orientada a evitar los abortos *selectivos* cuando los fetos son de sexo femenino. En algunos países ello podría estar estrechamente vinculado con la costumbre de la obligación de entregar una dote en el matrimonio de las hijas, lo que deja muy empobrecidas a las familias con grandes dificultades de subsistencia, y, por el contrario, favorece el enriquecimiento o la mejora económica de las familias con hijos varones.

En cualquier caso, por diversas circunstancias, que remiten en definitiva a una raíz común, en los países del Tercer Mundo de modo llamativo y con mayor heterogeneidad en el mundo desarrollado occidental –en virtud de los mayores cambios habidos en la condición de las mujeres, que parece aumentar la preferencia expresada de tener hijas– un menor o más ambivalente deseo materno podría estar en el origen de una primitiva relación madre-hija más carencial.

Paralelamente, también se ha destacado el mayor impedimento materno a las necesidades de separación e individuación de la hija, que, en muchos casos, queda constituida para la madre en un objeto de prolongación narcisística, destinada a la satisfacción de las necesidades de apoyo y de control materno, objeto de una mayor coerción, demanda, sobreprotección e hiperexigencia que el varón.

Todo ello contribuiría al déficit narcisístico que caracteriza la identidad femenina y dificultaría la identificación secundaria de la hija con la madre, quien aparece ante la hija, además, marcada también por una carencia esencial: la de una identidad como mujer.

En efecto, la no simbolización del órgano sexual femenino y la no narcisización de su deseo sexual, que es (auto)censurado/reprimido; la ubicación de la mujer sólo como Objeto (del deseo del hombre) y la consiguiente negación de su deseo y de sí misma en tanto Sujeto; la (auto)desvaloración de la madre, de la mujer, por su pertenencia al género devaluado; la rivalidad por el amor/el reconocimiento del Padre, el Hombre, cuyo género y cuyos valores son considerados



socialmente superiores, constituyen los otros aspectos que marcan la difícil, ambivalente relación/identificación de la hija con la madre y la conflictiva relación de las mujeres entre sí.

La *realidad* vivida por las mujeres en la relación con la madre –en mayor o menor medida y acentuándose unos aspectos u otros según los casos– parece estar marcada por la carencia, la indiferenciación/no separación, la (auto)desvalorización, la negación de sí misma en tanto Sujeto (de deseo y de derechos) y la (auto)censura de la propia sexualidad. Todo ello parece estar en la base de los sentimientos de vacío, el ansia por la fusión/la intimidad; la represión de los impulsos hostiles, de los comportamientos asertivos (necesarios, en cambio, para la separación/individuación) y de los deseos sexuales; el déficit narcisístico...

Tales sentimientos e impulsos, conscientes y/o inconscientes, constituyen el sustrato de la omnipresente/inconsciente culpabilidad femenina y están en estrecha relación con las formas en que se manifiesta el sufrimiento, la psicopatología, la psicósomática de las mujeres.

El hambre de amor que se manifiesta en forma de hambre de alimentos, de objetos, de relaciones confirmantes, de reconocimiento y aceptación generalizada, de vínculos simbióticos... La autodepreciación, el sentimiento de vacío incolmable, la nostalgia por la Unidad soñada/perdida con una Madre frecuentemente idealizada, que no puede encontrar paliativo en la relación con un hombre habitualmente no disponible para ser nutricio con la mujer, están en la base de la predominancia depresiva en las mujeres.

El deseo/temor de diferenciación, con las consecuentes ambivalencias/culpabilidad ante la separación (los conflictos respecto a las manifestaciones hostiles y asertivas) que hacen necesarios los comportamientos de sometimiento/expiación, para aplacar al Otro y hacerse perdonar/perdonarse, constituyen el sustrato de la conducta oblativa, servil y renunciataria, de las dificultades para negarse o pedir, del “miedo al éxito”: la obligación de responder siempre a las demandas del Otro, con la consiguiente trampa de la omnipotencia.

Por otra parte, la rebelión/expiación inconsciente femenina tendrá la vía somática como medio privilegiado de expresión, en sustitución de la conciencia, de la palabra, de la demanda/la ira prohibida. El alimento, de modo especial, será revestido con la simbología de la incorporación/expulsión de la Otra (la Madre) –la bulimia, la anorexia–, y el aparato digestivo, junto con el sistema músculo-esquelético, constituyen los escenarios principales en que se manifiestan tantos conflictos femeninos, en relación especialmente con las carencias, la agresividad...

Las dificultades para reconocer/aceptar/valorar la propia identidad sexual y para legitimar/narcisizar su deseo, para reconocerse, en definitiva, en tanto Sujeto, para demandar respeto y reciprocidad en la relación de pareja, para ser capaz de afirmar y satisfacer las propias necesidades, para establecer relaciones independientes y paritarias... constituyen el trasfondo del desencuentro, la insatisfacción en la relación con el hombre, quien se ha autoerigido en el único Sujeto de deseo y de derechos. Todo ello está en el sustrato de los sentimientos de autodevaluación, frustración, rabia, decepción y tristeza, que intensifican las carencias primitivas y que se

canalizan frecuentemente en los síntomas conversivos (la histeria), los estados depresivos, las somatizaciones diversas...

Son enormes las consecuencias de esta configuración psíquica en la vida cotidiana de las mujeres.

En la relación con los hijos, como ya se ha mencionado, las madres se sienten impulsadas a estar siempre presentes y a su servicio, a mostrar una constante disponibilidad tanto a sus necesidades emocionales como de cualquier otro tipo (de ocio, de descanso, de prestaciones de diversa índole, de consumo...) a costa de las propias necesidades en todos esos ámbitos. Les es difícil negarse a cualquier demanda, aunque su ayuda no sea ya estrictamente necesaria porque el hijo/a está en condiciones de hacerlo por sí mismo/a, y tienen enormes dificultades para hacer una repartición equitativa de deberes y tareas cuando los hijos son ya mayores, aunque frecuentemente acaban demandando alguna ayuda sólo a las hijas y recriminando/culpabilizando solamente a ellas si se niegan o protestan.

Las renuncias a una propia identidad hace que vivan más intensamente a los hijos/as (varía a menudo según el sexo) como una proyección/prolongación narcisística, como el espejo en que mirarse, un alter ego (deben realizar lo que ella no pudo ser/hacer como mujer, reflejan su buen hacer como madre...) y, en la misma medida, se sienten insatisfechas/cuestionadas/culpables si los hijos/as presentan algún tipo de problema o decepcionan sus expectativas.

Viven con malestar el tiempo que dedican a sí misma (ocio, amigos/as, perfeccionamiento, incluso trabajo remunerado...), porque puede considerar/ser considerado que *roba* tiempo/ dedicación a su obligación principal (no sólo los hijos, también el marido, la casa, el cuidado de otros familiares...). Por ello deben hacer notables méritos para justificarse/hacerse perdonar, en el orden de la perfección, tal como se señala en el siguiente párrafo.

Suele desear/esforzarse en que todo en el hogar esté siempre impoluto y en perfecto estado, *recogido* desde muy temprano –un piso piloto–, de modo que todos los de adentro y los de afuera puedan apreciar su *buen hacer* como mujer/madre ama de casa y/o trabajadora remunerada. Los esfuerzos en las habilidades culinarias, decorativas, en el lavado/planchado de la ropa... constituyen variantes del mismo tipo.

No puede demandar ayuda, mostrar insatisfacción, hastío, cansancio... sin vivir sentimientos de inadecuación y malestar, porque supone sentir/mostrar su *debilidad* y el hecho de que los hijos, la familia no constituyen la plenitud soñada.

En relación al marido, los comportamientos y las vivencias son muy semejantes a las experimentadas en relación a los hijos, ya que con frecuencia es vivido al mismo nivel: como Otro Hijo, privilegiado, además, en muchas cosas y exento de muchas demandas que frecuentemente van a parar a las hijas mayores (ayuda doméstica, compañía para las compras, los médicos, en problemas de salud...).



Se le suelen reconocer los mismos derechos que a los hijos (descanso, ocio, perfeccionamiento, hobbies, apoyo emocional, ser escuchado...) añadiéndole, además, el de cuidar/sostener su imagen y, sobre todo, su satisfacción sexual. Las mujeres tienen, muy a menudo, dificultades para negarse a las demandas sexuales o para pedir ellas el tipo de relaciones que desean, no necesariamente coincidente, en los tiempos y los modos, con las que desean los varones. Las dificultades para negarse o protestar por el tipo de relación impuesto pueden ser enmascaradas con diversas excusas-síntomas, que evitan la comunicación clara en torno a la problemática y el cuestionamiento narcisístico del marido.

Toleran que ellos escojan/acepten actividades o cargos que les exigen pasar mucho tiempo fuera de casa, en viajes constantes e imprevistos, aunque les suponga a ellas un plus de soledad, sobrecarga, responsabilidad..., dependiendo de los casos (la edad propia y de los hijos, si se trabaja también fuera de casa...) y aunque ella, ante oportunidades semejantes, habría renunciado *para no estar separada de los niños, para atender a la familia...*

Muchas evitan a menudo los enfrentamientos directos y las muestras abiertas de desacuerdo o la realización de demandas. Ello conduce a que la agresividad pueda ser contenida hasta estallar en explosiones de ira intermitentes, o en forma de quejas continuadas, o bien se mantenga censurada acompañándose de comportamientos aplacatorios y utilizándose, a veces, recursos sutiles o menos sutiles para socavar la autoestima de él. En cualquier caso, el malestar (la rabia) ante el maltrato, los abandonos, las insatisfacciones... suele manifestarse a través de diversos síntomas somáticos, y, a menudo, también psíquicos.

No solicitar colaboración/no permitir intromisiones en la relación con los hijos –que son las dos caras de la misma moneda– constituyen mecanismos frecuentes en algunas mujeres para mantener un vínculo exclusivo y privilegiado con aquellos, quienes, a su vez, suelen entronizar a su Madre, manteniendo, con frecuencia, una relación de dependencia prolongada con ella, que es, en definitiva, la meta perseguida con tales comportamientos.

La hipertrofia de la importancia concedida a la relación/la responsabilidad con los hijos, el marido, o ambos, puede llevar a que la mujer abandone sus otros vínculos anteriores (la familia de origen, las amistades...) y todo tipo de relaciones o actividades extrafamiliares, lo que supone un factor de riesgo en caso de que se malogren o se pierdan... los vínculos con marido y/o hijos en determinadas circunstancias de la vida (divorcios, muertes, alejamiento físico o psíquico de los hijos mayores...), ya que carecerá entonces de recursos suficientes para afrontar tales situaciones.

En relación al trabajo, las mujeres oscilan entre el *miedo al éxito* (miedo a destacar, a asumir responsabilidades importantes, al ejercicio de la autoridad y el poder...) y la sobrevaloración/sobreactuación de comportamientos y objetivos tradicionalmente *masculinos*: el triunfo, la competencia descarnada, las relaciones frías y calculadas, el ascenso a cualquier precio, con el riesgo de desvalorizar todo lo considerado *femenino* (la maternidad, la disponibilidad y afabilidad, el cuidado de las relaciones personales).

Las mujeres se acercan a uno u otro polo, o asumen aspectos de los dos simultáneamente, pero generalmente con conflictos en ambos, porque perciben claramente, en ambos casos, la violencia implícita en un mundo que está diseñado para los hombres (sanos, jóvenes, fuertes) y que no tiene en cuenta las necesidades de las mujeres y de los colectivos que normalmente han estado a su cargo (niños, ancianos, minusválidos, enfermos...), sectores que han permanecido socialmente invisibles (como las propias mujeres) gracias al tiempo/cuidado que ellas le han dedicado/le dedican aún hoy.

El trabajo remunerado, tan valorado hoy por la mayoría de las mujeres y que, como muestran las investigaciones, constituye un factor de protección para la salud mental (fundamentalmente para la depresión), está siendo asumido con un enorme coste físico y psíquico por el colectivo femenino y, en ambos casos, ello guarda mucha relación con nuestro Ideal maternal.

Coste físico, porque normalmente va acompañado de la asunción mayoritaria de la responsabilidad familiar y doméstica, con realizar tareas no apropiadas a sus condiciones físicas... lo que conlleva un aumento del cansancio y un deterioro de la salud física (lesional y funcional).

Coste psíquico, porque suele ir acompañado de sentimientos de inadecuación laboral (no poder rendir, aprender... cuanto se quisiera, sentir que debe hacer dobles méritos y esfuerzos para ser valorada), de culpabilidad (por el tiempo que *quita* a las relaciones y ocupaciones familiares), de insatisfacción (por ocupar mayoritariamente puestos de baja cualificación y poco creativos, mal remunerados, precarios, de trabajo negro, con poca protección social y sanitaria, con tareas rutinarias o de cuidadora...), con prisas continuas, sensación de agobio y sobrecarga... y, lo que es peor, sentir que no puede protestar porque, a fin de cuentas, ella lo ha *escogido*, aunque en muchos casos, por motivos económicos, esto sea un eufemismo: tanto por el hecho de trabajar fuera de casa, como por el trabajo *elegido*.

A pesar de todo ello, las mujeres prefieren, preferimos, trabajar, pero el precio que se paga es demasiado alto. El hecho de que las cosas vayan cambiando tan despacio en este terreno y las mujeres españolas toleren, por ejemplo, bajas maternales tan cortas, llenándose de culpabilidad cuando, cada vez mayores, deciden ser madres con temores/conflictos en relación a su futuro profesional, y no exigiendo, a la vez, que se hagan obligatoriamente extensivas a los padres por algún período, está muy relacionado, paradójicamente, con el Ideal femenino-maternal. Tiene, en efecto, mucho que ver con el hecho de no considerarse Sujeto de deseo y de derechos y con, en consecuencia, verse/sentirse obligadas a expiar su acceso al mundo masculino (su ruptura con el modelo materno-femenino) con doble culpa y doble trabajo.

El esfuerzo que las mujeres deben, pues, hacer, en todos los ámbitos, para hacerse valorar primero, perdonar después, es ingente. Sin embargo, desde todos las tribunas se pregona cuánto han avanzado las mujeres en el último siglo... pero de los costes se habla mucho menos.

A tenor de todo lo descrito, pueden entenderse algunas de las manifestaciones del sufrimiento femenino. El ordenamiento social masculino, de una parte, que ha cogido para sí todos los pri-



vilegios y derechos, entre ellos, y de modo especial, el de conservar/recuperar a la Madre a través de la obligada conformación de la mujer como madre buena, siempre disponible y nutricia; de la otra, las propias dificultades internas femeninas para rebelarse y cambiar el estado de cosas han hecho que la vida de las madres, de las mujeres, esté, ante todo, caracterizada por un exceso de demandas, que se ven compelidas a satisfacer, y una escasez de gratificaciones: dar demasiado a cambio de muy poco.

Como ha podido observarse, el sometimiento a un orden social tan absolutamente dispar y cerceador de toda identidad como sujeto-mujer ha sido, pues, perpetrado y cimentado mediante la conformación de una estructura psíquica femenina que le ha servido de sustento. La configuración de un modelo ideal de comportamiento inalcanzable ha llenado a la mujer de culpabilidad, dificultándole toda rebelión y haciendo que sólo le sea posible manifestar su malestar, su sufrimiento y expiar su rebelión, sofocada o parcial, a través de la vía psíquica y/o somática.

## Referencias Bibliográficas

- ARGENTIERI, Simone: Postfazione, en *Nel segno della madre*, a cura di Anna Maria Mori. Edizioni Frassinelli, Como, Italia 1992.
- ARIES, Elizabeth J. y OLVER, Rose: "Sex differences in the development of a separate sense of self during infancy: Directions for future research", en *Psychology of women quarterly (9)*, U.S.A., 1985, pp. 515-532.
- AULAGNIER-SPAIRANI, Piera: "Observaciones sobre la feminidad y sus avatares" en *El deseo y la perversión* de Clavreu, J.; Rosolato G.; Valabrega, G.P. (1967), E. Sudamericana, Buenos Aires, 1984, pp. 69-97.
- BADINTER, Elisabeth (1992): (1980) *La identidad masculina*. Ed. Alianza. 1993 Madrid
- BAKER MILLER, Jean: *Hacia una nueva psicología de la mujer* (T, Orig: *Toward a new psychology o women* (1976), Ed. Argos Vergara, Barcelona 1978, pp. 188.
- BURIN, Mabel: *Estudios sobre la subjetividad femenina*. Ed. Grupo Editor Latinoamericano, Argentina 1987, 403 pp.
- BORNAY, Erika: *Las hijas de Lilith*, Madrid, Cátedra, 1990.
- CANEDO, Ana: "Sexualidad femenina y superyó" en *Cuadernos de Psicoanálisis. La falla fecunda: el inconsciente y las mujeres*. Ed. Eolia, España, 1995, pp. 35-37.
- CHESLER, Phyllis (1972): *Le Donne e la pazzia*, Ed. Einaudi, Torino 1977, traducido de *Women and madness-Doubleday & company*. Inc Garden City, New York 1972, pp. 188.
- CHESLER, Phyllis: *Diario de una maternidad*. Ed. Martinez Roca S.A. Barcelona 1981. [Ed. Thomas Y, Crowell, Publisher, New York 1979].
- CHODOROW, Nancy: *El ejercicio de la maternidad*, Barcelona, Gedisa, 1984 (1978).
- CORRAL, Natividad: *El cortejo del mal*, en TALASA Ediciones S.L., Madrid 1996.
- FEZLER, William y Field, Eleanor, (1985): *La mujer que lo da todo (y aun así se siente culpable)* (1987), Ed. Javier Vergara. Argentina 1987.
- FREUD, Sigmund: *Estudios sobre la histeria* (1895); *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905, 1909...); *Sobre la sexualidad femenina* (1931). Biblioteca Nueva, Madrid 1993.
- GRASCHINSKY, Yudith y LOMBARDI, Alicia: *La feminidad* (1933). *El ideal maternal*, 1982. Documento mecanografiado, Centro de Estudios de la Mujer, Buenos Aires, número 22, 17 Págs.
- IRIARTE, Ana: *Las redes del enigma. Voces femeninas en el pensamiento griego*, Madrid, Taurus, 1990.
- LOMBARDI, Alicia: *Entre madres e hijas. Acerca de la opresión psicológica*, Paidós, 1988, Barcelona, 231 pp.
- MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel: "Subjetividad y género: más allá de la ecuación simbólica". 7017/6. *Feminismo y Psicoanálisis*. Jornadas celebradas en Valencia en julio de 1995. Texto mecanografiado. Tomo III.
- NICHOLSON, Joyce: *Las angustias de la maternidad*, Ed. Plaza y Janés, 1987, Barcelona. pp. 126.
- PEDRAZA, Pilar: *La bella, enigma y pesadilla*. Barcelona, Libergraf, 1991.
- PI-SUNYER, M. Teresa y VENDRELL CADENA, Nuria: "Maternidad y crisis de identidad: carencias y recursos en la atención de la salud femenina", en *Mujer y calidad de vida*. Barcelona: C.A.P.S. 1991, pp. 136-49.
- POMEROY, Sarah B.: *Diosas, Rameras, Esposas y Esclavas*, Madrid, Ed. Akal, 1987.
- RANKE-HEINEMANN, Uta: *Iglesia católica y sexualidad. Eunucos por el reino de los cielos*. Hamburgo: Trotta, 1994 (1988).
- RUIZ, Piedad: (1981) "Mujer, ideal u objeto", en *Lo masculino y lo femenino* Jornadas de psicoanálisis, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1989, pp. 58.
- TUBERT, Silvia: *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*, Fundación José Ortega y Gasset, Madrid, E. El Arquero, 1988, pp. 246.
- TUBERT, Silvia: *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo XXI de España, 1991.



## Estereotipos de belleza y moda y su relación con la anorexia

Soledad Muruaga López de Guereñu  
*Psicóloga y directora del Espacio de Salud "Entre Nosotras"*



# 3

## Estereotipos de belleza y moda y su relación con la anorexia

Soledad Muruaga López de Guereñu

Psicóloga y directora del Espacio de Salud "Entre Nosotras"

Uno de los mayores condicionantes para la salud integral de las mujeres es el autoconcepto corporal que adquirimos desde edades muy tempranas y, derivado de ello, los sentimientos que cada una va desarrollando hacia el propio cuerpo.

En las casi dos décadas de trabajo terapéutico en el Espacio de Salud "Entre nosotras", son miles las mujeres que nos han hecho confidencias sobre sus numerosos sufrimientos, complejos, mitos y prejuicios en torno al propio cuerpo.

Constantemente encontramos los mismos pensamientos, creencias, e ideas irracionales sobre cómo debe ser su imagen y, su desesperación por no dar esa talla de perfección imposible.

En las sesiones de terapia y en los talleres grupales, se repiten una y mil veces las mismas quejas, las mismas angustias y los mismos rechazos al propio cuerpo. Rara es la que se encuentra a gusto en su propia piel, *sin algún pero*, sin complejos y sin nada que objetar o querer arreglar de su cuerpo.

Veintiañeras, jóvenes, maduras o mayores, nos manifiestan unánimes sentimientos de malestar e incomodidad corporal que arrastran más o menos disimuladamente, día tras día, la mayoría de ellas.

Estar en contacto diario con esta realidad de malestares que viven las mujeres, nos ha hecho conscientes a las profesionales de la Asociación de Mujeres para la salud, de encontrarnos ante un prototipo de problemática de género que, lejos de solucionarse en las más jóvenes, tiende a extenderse y agravarse en la actualidad.

Esta forma de sentirse y relacionarse con el propio cuerpo, es el caldo de cultivo en el que prolifera la terrible enfermedad de nuestros días, la llamada *Anorexia nerviosa*.

La Anorexia Nerviosa no es sólo un trastorno de la alimentación, es también una enfermedad mental de género, y, según la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, es la enfermedad mental que presenta la más alta tasa de mortalidad: una de cada 10 casos fallece por desnutrición, insuficiencia cardíaca o suicidio.

En los últimos años, en nuestro país se está hablando mucho de la Anorexia Nerviosa y de los graves problemas que comporta. Afecta principalmente a las mujeres y niñas, más del 90% de

los casos, mientras que apenas llega al 9% en los varones. Según el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos, una de cada 100 niñas adolescentes sufre Anorexia Nerviosa y 4% de Bulimia, además un 15% padece trastornos alimentarios significativos.

Uno de los criterios para el diagnóstico clínico de la Anorexia es un peso corporal inferior en un 15% o más, de lo considerado normal. Paradójicamente esta talla, considerada de anoréxicas, es la característica de las modelos de pasarela y de todos los prototipos de belleza promovidos por los medios. Es penoso lo que está ocurriendo en todos los países de nuestro entorno: un 40% de niñas desde los 9-10 años está haciendo dieta y, casi un 90% de mujeres adultas desea perder peso.

Entre las causas más significativas de la expansión de esta enfermedad destacan:

1. Una potenciación de la socialización patriarcal de género, mediante el aumento de las presiones socioculturales sobre el cuerpo femenino
2. Los crecientes intereses económicos de la poderosa industria de la belleza.
3. La historia familiar y personal, relacionada con el cuerpo y la sexualidad

Aunque las mujeres siempre hemos tenido una socialización de género en contra de nuestros cuerpos, actualmente se ha adelantado la edad de la insatisfacción corporal y se han agudizado las creencias, valores y actitudes negativas sobre el cuerpo femenino. Aumentan los sentimientos de rechazo del propio cuerpo desde muy niñas y se están propiciando un mayor número de conductas de *arreglar* nuestro cuerpo para los otros, a costa de nuestro bienestar.

En esta *super-socialización* temprana para la insatisfacción corporal, el mandato obsesivo principal es *ser superdelgada*.

Resulta curioso que en los países africanos se impulsan los valores opuestos hacia el cuerpo de las mujeres. No deja de sorprendernos, el hecho de que en ese lugar del mundo, los varones más ricos y poderosos, antes de casarse, envíen a sus prometidas a *Centros de Engordamiento*, donde en varias semanas de *tratamiento*, las *empapuzan*, con el objetivo de engordarlas al máximo. Cuanto más gordas, más prestigio y señal de riqueza y admiración para sus próximos poderosos maridos... Sin embargo, no son cosas tan diferentes, en ambos casos, nuestros cuerpos están al servicio y los valores de los hombres de nuestro entorno. O muy gordas o muy delgadas..., pero en el fondo subyace la misma estrategia de control y la misma pérdida de salud.

Respecto al problema de la Anorexia, observamos que, hace pocos años, la edad de riesgo se situaba entre los 12 y los 25 años, pero actualmente las edades se han ampliado mucho. La adolescencia de las niñas se ha adelantado a los 9-10 años, y esta menor madurez propicia, aún más, los numerosos conflictos de género, de identidad y de espacio corporal que caracterizan esta etapa. Las adolescentes viven intensamente los valores y costumbres mayoritarias como sus

señas de identidad. Hacen evaluaciones muy convencionales de la apariencia física y asocian la autoestima a la apariencia corporal. Si a las presiones sociales, se añade el de ciertas familias preocupadas por el peso y las dietas, el riesgo de padecer algún tipo de trastorno alimentario se multiplica. También, el riesgo se ha extendido a muchas mujeres en la edad de la menopausia, en torno a los 50 años, que se resisten a perder la juventud.

Una vez que la Anorexia se desencadena, es muy difícil su control y recuperación. Se da la paradoja de que las mujeres y niñas que la padecen suelen ser personas muy perfeccionistas que buscan la perfección en todos los aspectos y, sin embargo, a medida que se sumergen en la enfermedad, van perdiendo la percepción objetiva de los aspectos más elementales de lo bello y armonioso en su propio cuerpo, incluyendo pérdidas elementales de lo saludable: la piel se les seca y descama y las uñas se les debilitan; les sale un vello fino en la espalda, brazos y mejillas (lanudo) ; pierden mucho cabello; se quedan sin músculo, pareciendo esqueléticas... lo que las aleja del estereotipo de perfección de la belleza que les ha conducido a esta situación. Cuando su percepción de la realidad y de las formas corporales llega a distorsionarse de esta manera, niegan la enfermedad, niegan las sensaciones de hambre, sed, fatiga y sueño, no quieren reconocer emociones ni reconocen sus dificultades crecientes de concentración y aprendizaje. Desarrollan sintomatologías depresivas y obsesivas, con frecuentes cambios de ánimo y con sensaciones de vacío e inutilidad. El temor a subir de peso y a perder el control, invade sus pensamientos y sus sentimientos de autoestima se basan en lo que comen o no comen.

Al instalarse obsesivamente en estas formas de pensar y de sentir, se produce un círculo vicioso que hace aumentar sus conductas autodestructivas: cada vez restringen más la ingesta de alimentos y de líquidos; comen de pie; cortan los alimentos en pequeños trozos; aumentan su actividad y hacen un ejercicio exagerado; disminuyen sus horas de sueño; usan laxantes y diuréticos; se pesan constantemente; llegan a hacerse expertas en el engaño sobre sus conductas en torno a la comida y paulatinamente se va distorsionando su percepción de la realidad.

Al ser un problema que abarca tantas y tan diversas patologías, su tratamiento requiere unos medios y una infraestructura sanitaria muy compleja, por lo que, en el Espacio de Salud “Entre Nosotras”, no tratamos la Anorexia una vez que se ha desarrollado la enfermedad. Nuestro trabajo es preventivo, tratamos algunos factores de riesgo que facilitan su desarrollo y que pueden ser modificados si se detectan a tiempo. Algunos de estos indicadores que presentan nuestras usuarias son: vivir pendientes de lo que se espera de ellas y de satisfacer a los demás; tener baja autoestima; tener miedo a madurar y a crecer; tener pensamientos extremos (obesa-delgada); y, en muchos casos, el haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

Con una metodología cognitivo-conductual, trabajamos las ideas distorsionadas sobre sus máximos temores, tales como: el engordar, la sobreestima del volumen de sus cuerpos o la valoración negativa de sus características físicas, que les produce una gran insatisfacción, ansiedad y desadaptación, lo que puede desembocar en el desarrollo de trastornos alimentarios.



Fundamentalmente, se trabaja el cambio ideológico del concepto enfermizo de la feminidad patriarcal y cómo recuperar el verdadero valor de nuestros cuerpos, aprendiendo a disfrutar de todo el gozo y el bienestar que pueden producirnos.

Sin embargo, una verdadera prevención, sólo es posible desde la adopción de medidas políticas que contrarresten dichos valores y estereotipos enfermizos que se han instalado en nuestra cultura, especialmente entre las más jóvenes. Una buena iniciativa, en este sentido, es la promovida recientemente por el Ministerio de Sanidad, al realizar un estudio antropométrico de las medidas corporales de una muestra representativa de las mujeres españolas, que demuestra la gran variedad de volumen corporal que tenemos las mujeres reales y que, mayoritariamente, se aleja del modelo mediático anoréxico. Su correcta difusión podrá cambiar algunos estereotipos sobre nuestros cuerpos.

Aunque esto no es suficiente, necesitamos otras medidas, que también correspondería llevar a cabo desde este Ministerio, llamado de Sanidad y Consumo. Echamos en falta la existencia de controles eficaces que nos protejan de los peligros contra nuestra salud, derivado de los excesos y abusos de la industria de la belleza. Además, es necesario que se establezcan mecanismos adecuados para defender nuestros derechos como consumidoras de numerosos y costosos productos y servicios de esta industria, promocionados profusa y engañosamente con absoluta impunidad.

Estas y otras medidas políticas imaginativas, son las que pueden frenar el alarmante aumento de las anorexias, bulimias y demás trastornos de alimentación que se están produciendo en los países de nuestro entorno y que tantos sufrimientos y costes sociales y económicos conllevan.

## El rol masculino tradicional como factor de riesgo para las mujeres

Fernando García Sanz

*Psicólogo. Foro de Hombres por la Igualdad*



# 4

## El rol masculino tradicional como factor de riesgo para las mujeres

Fernando García Sanz

Psicólogo. Foro de Hombres por la Igualdad

La aceptación del concepto *género* como fundamento cultural que nos construye *hombres y mujeres* dentro de una sociedad dada, ha permitido contar con una herramienta muy valiosa para el análisis de las relaciones humanas (hombre-hombre; hombre-mujer; mujer-mujer) y de las estructuras sociales en las que esas relaciones se crean, se dotan de sentido, se propagan y se naturalizan como *modos de vida*.

De entre las contribuciones más valiosas de este “enfoque de género”, queremos destacar tres:

— La evidencia de que el género es una categoría relacional

Es decir, el género no establece atributos absolutos, sino que promueve características dicotómicas y excluyentes, de tal modo que lo *masculino* y lo *femenino* tanto se oponen como se precisan para establecer *qué se es* en materia de identidad de género.

Este carácter relacional implica, que “*los estudios sobre sujetos concretos (hombres y mujeres/hombres o mujeres) deben considerar las percepciones sobre masculino y femenino como dependientes, al mismo tiempo que constitutivas de las relaciones sociales*”.

(Rosaline Gomes, 2005)

Es decir, el Género tiene un claro carácter dinámico: es más un *proceso* que una *categoría*.

— La comprobación de que su fundamento, su esencia, es de índole cultural y social

Mediante la realización de estudios históricos y transculturales, se ha documentado suficientemente que la masculinidad y la feminidad ni están sujetas ni están determinadas por la biología.

Para añadir a la tesis de Beauvoir (*El segundo sexo*, 1949) sobre la mujer, Kimmel (1992) señala que “*la masculinidad está construida socialmente y varía no sólo entre distintas culturas, sino que también en distintas épocas históricas en una misma for-*

*mación cultural, durante la vida de cada individuo y entre diferentes grupos de hombres atendiendo a su clase, raza o grupo étnico y preferencia sexual”.*

Es decir, el Género forma parte de la cultura, y la cultura establece lo deseable en cada momento. Por tanto el género se encuadra en la esencia de los *valores*, representando en gran medida la *deseabilidad* social de cada grupo y momento.

— La certeza de que el género trasciende a las personas y sus relaciones, llegando a instituirse como un patrón que construye sociedades.

*“Reconocer el género como un patrón social nos exige verlo como un producto de la historia y también como un productor de historia”*

Connel (1995)

Es decir, el género es *político*, y dota de *carácter* a las Instituciones. Como señala Bourdieu, la Iglesia, la Escuela, el Estado, el Ejército (entre otros estamentos) también *tienen* género.

Resumiendo: el género evidencia las pautas relacionales entre *lo masculino* y *lo femenino* (que es algo más que *hombre* y *mujer*); lo hace por medio de la cultura (estableciendo qué debemos pensar, sentir y hacer según el género que incorporamos, sea impuesto o asumido); y construye jerarquías entre los seres humanos en función de sus atributos sexuales, estableciendo un dominio que se inscribe en la totalidad del orden social.

Precisamente la desvinculación del género de la esfera de la biología, el comprender que los comportamientos que entendemos atribuibles al género no vienen afectados por ella y si por la cultura, es la base para comprobar la existencia de diversas formas de *ser varón* y de ejercer la masculinidad.

Una de ellas es la llamada Masculinidad Tradicional (MT)<sup>1</sup>, y su influencia en la salud y el bienestar de las mujeres, es el motivo de nuestro debate.

La MT es, como las otras formas de construcción y expresión de la masculinidad, el ejercicio de una *creencia* en la que, siguiendo a Luis Bonino<sup>2</sup>, podemos comprobar que se constituye mediante los siguientes *mandatos*:

- Ser fuerte y competitivo.
- Ser agresivo y dominante, y entrar en la lucha por ganarse el derecho a ser hombre, incorporando el código de dominante-desigualdad.
- Entrar en la cultura de la pelea. Aparentar dureza.

- Aceptar que el dolor y el sufrimiento corporal hay que aguantarlo.
- Respetar los códigos marcados por los más grandes, aceptar la autoridad de manera acrítica.
- Aprovechar cualquier oportunidad para demostrar la debilidad del *otro*.
- Defender la propia imagen. Desarrollar la dureza y estar preparado para hacerlo. Evitar ser tenido por cobarde.
- Desconfiar, no abrirse, temer ser etiquetado de débil, *calzonazos*...
- No pedir ayuda. Hacerse autosuficiente.
- Combatir los propios aspectos feminizados.
- Dominar los espacios, a las mujeres, a los otros varones.
- Ser heterosexuales y demostrarlo

Este *modelo* de masculinidad se concreta en un modo de organización social que es el patriarcado<sup>3</sup>. De hecho, muchos estudios utilizan de manera indistinta ambos términos como si fueran sinónimos. Así, el concepto de Masculinidad Tradicional ha venido a convertirse en un eufemismo que significa la defensa de un sistema de relaciones desiguales y discriminatorias de toda aquella persona que no resulte ser un *hombre verdadero*.

La MT no es ya la masculinidad hegemónica. Creemos que la insistencia en denominarse como tal tiene como principal fin el *hacerse* hegemónica, pero según dice Daniel Gabarró<sup>4</sup> es defendida, sólo, por un 33% de los hombres (lo que significa una sexta parte de nuestra sociedad). No obstante, conociendo el sentido del patriarcado, y teniendo en cuenta los ámbitos en los que se manifiesta (domésticos/privados y sociales/públicos) su influencia sigue estando absolutamente vigente en las relaciones actuales.

Esto nos sitúa, en nuestra opinión, ante una evidente contradicción entre la *lo que se dice* y *lo que se hace*, que se comprueba en la coexistencia de un modelo de organización mayoritariamente desigualitario (*lo que se hace*) frente a un discurso igualitario (o *pro igualdad*) que sí aparece como el más utilizado y extendido actualmente (*lo que se dice*).

Sentadas estas ideas, podemos preguntarnos de qué modo la masculinidad tradicional influencia a la mujer, y más concretamente a su salud y su bienestar psicológico.

Queremos proponer la existencia de dos modos —en el sentido de *escenarios*— de influencia: En primer lugar aquel que le afecta a la mujer *directamente*, es decir, el que tiene que ver con el rol



que se le atribuye, y ejerce, en tanto miembro de una sociedad patriarcal, construida sobre lo que Illich llama la *égida del género*<sup>5</sup>.

Si aceptamos el carácter relacional (y dual) del género, admitiremos que la masculinidad tradicional debe tener como correlato una *feminidad tradicional* a la que, en contraposición con aquella, se le exige tener interiorizados los mandatos de subordinación, sumisión, altruismo, obediencia, servicio, predisposición a cuidar a los demás, invisibilidad, disponibilidad sexual permanente, etc.

En este ámbito, la historia nos ha dado una larga lista de ejemplos que ilustran las trágicas consecuencias que el patriarcado ha tenido y tiene para la salud y la vida de las mujeres. Desde las más extremas, las que niegan el derecho a la propia integridad y la supervivencia: cremación o sepultura en vida de viudas, ablación del clítoris, abortos selectivos de embriones femeninos; hasta otras más *naturalizadas* y por tanto aceptadas –sin crítica– como modo de ser normalizado: la patologización de muchas de las conductas femeninas y la medicalización de sus abordajes (las estadísticas dicen que la mujer *padece* el doble de enfermedad depresiva que el hombre, por ejemplo).

Parece demostrado que cuando se constituye una pareja, la calidad de vida del hombre suele mejorar y la de la mujer empeorar, y que los hombres solteros y divorciados aumentan sus factores de riesgo físico y psicológico, en tanto la mujer soltera, o divorciada, los mejora notablemente.

Es aquí, en el desempeño de los roles tradicionales de hombres y mujeres, donde también toman cuerpo y cobran sentido las diversas manifestaciones de la llamada *violencia de género*, nombre con el que se suele disimular, ya que no es más que un eufemismo, la violencia masculina que sufren muchas mujeres a manos de sus parejas, o ex-parejas, y que incluyen un amplio abanico de prácticas que van desde los micromachismos<sup>6</sup> hasta la violencia sexual o la muerte, pasando por la agresión emocional o psicológica y la violencia física.

La mujer sometida a la masculinidad tradicional viene a padecer todas las secuelas que los comportamientos de sus parejas les *imponen*. Desde esta perspectiva, uno de los factores de riesgo más evidentes para la mujer, y claramente identificable, es la unión con un hombre valedor de este tipo de masculinidades<sup>7</sup>. La MT puede verse expresada, por ejemplo, en conductas y en actitudes como el abuso de poder, violencia en lo privado y en lo público, abuso de autoridad, prepotencia, agresividad, aislamiento, resistencia a la responsabilidad anticonceptiva y profiláctica, elusión de responsabilidad en la crianza y cuidado de hijos e hijas, poca o nula manifestación de sus sentimientos, relaciones y comunicación superficiales con otros hombres, la burla y descalificación a otros y otras *diferentes*, el abuso de sustancias tóxicas, o la poca capacidad de autocrítica y aceptación de la diversidad sexual.

Todo lo considerado femenino, en actitudes, expresión de emociones, comportamiento, etc., en este hombre será signo de *poca hombría*, de debilidad, motivo de descalificación y en muchos casos de marginación y violencia. Lo que acarrea secuelas importantes para la salud de si mismo y de las personas cercanas.

Por último, pero no menos importante en este modo que he dado en llamar *directo*, la oposición masculina a aceptar los cambios de las mujeres (trascender de la feminidad tradicional a otros modelos más flexibles y cercanos a las posibilidades actuales), o que un porcentaje muy alto de hombres confiese que nunca friega, cocina o limpia la vivienda, tiene también un costo en términos de salud y desarrollo personal para las mujeres.

En segundo lugar, el otro *modo*, que afecta a la mujer de la manera que llamaremos aquí, *indirecta*. Aunque en este *escenario* la mujer sigue siendo absoluta protagonista, hemos llamado a este modo *indirecto* porque es independiente del modelo de feminidad que la mujer ostente. Digamos que afecta a todas y a cada una, por el hecho de ser mujer, con independencia de las variables sociales y culturales, que sólo aportarán los matices de las formas en que se verifiquen; unas más graves que otras, claro.

Aquí intentaremos describir los riesgos para la mujer frente a sistemas *abstractos* o profesionales que, como ya hemos sugerido más arriba, *también están afectados por el género* y se ven impelidos por modos de relación que proponen abordajes desigualitarios.

Si en el anterior *escenario* la mujer se ha visto *tradicionalmente* expuesta a discriminaciones basadas en las relaciones personales, aquí lo estará en cuanto “usuaria” de los diversos sistemas de atención que la sociedad pone a disposición de los individuos. Se trata de la *violencia simbólica*, de la que la *dominación masculina* es –sólo– el más claro paradigma.

La violencia simbólica es esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas *expectativas colectivas*, en unas creencias socialmente inculcadas.

Se nutre de los mismos orígenes de los que se nutren las diferencias establecidas entre hombres y mujeres, las profundiza y las enmarca en el orden social, naturalizándolas. La violencia simbólica tiene como finalidad la insistencia en la defensa del *orden establecido* como *realidad* que no precisa de explicación, que es asimilada, sin aparente esfuerzo, en el proceso de socialización.

Bourdieu (1992) la describe como *esta forma de violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad*. Esta afirmación puede parecer arriesgada, sin embargo hay que comprender que la violencia simbólica es, al contrario de la violencia física, una violencia que se ejerce sin coacción, a través de las diferentes formas simbólicas que configuran las mentes y dan sentido a la acción. La raíz de la violencia simbólica se halla en el hecho de que las personas dominadas se piensan a sí mismas con las mismas categorías de las personas dominantes.

Esto configura lo que hemos querido llamar aquí *segundo escenario* como un lugar de discriminación común, que afecta a toda persona que se presenta como subordinada en el orden establecido. Al aceptar un conjunto de presupuestos fundamentales, sin reflexión, implícitos en la práctica, los agentes sociales, los individuos (hombres y mujeres), actuamos como si el universo social fuese algo natural, ya que las estructuras cognitivas que aplicamos para interpretar el mundo nacen de las mismas estructuras que lo constituyen.



La *aceptación* en la práctica de la *doble jornada laboral*, el *techo de cristal* o la *brecha digital*, por citar sólo algunos ejemplos, son claros exponentes de las limitaciones a las que la mujer debe hacer frente en una *sociedad* que mantiene a ultranza una ideología *tradicional*, que aquí tomaremos nuevamente como sinónimo de patriarcal. Proviene de la asignación de roles sociales determinados, sometidos a otros dominantes.

Los menores salarios en iguales tareas que sus compañeros varones, la presentación de las expectativas profesionales y personales como un ejercicio de elección-exclusión, la confusión con que el *discurso social* presenta como unidas indisolublemente maternidad y crianza, son otros ejemplos.

Todos estos, que podríamos completar con muchos más, nutren nuevamente nuestra percepción de imágenes que redundan en la justificación de la discriminación como algo atribuible a las *características* de la persona discriminada.

Al igual que decíamos de la violencia que ejercen los hombres sobre las mujeres, las interacciones con los sistemas profesionales presentan ejemplos de violencia estructural. El ejemplo paradigmático es la *doble victimización* a la que se ven sometidas tantas mujeres que acuden a los dispositivos concebidos para servirles de ayuda. Cuántas situaciones vividas en las comisarías de policía, los juzgados, el sistema sanitario, los servicios de asistencia social, nos permiten comprobar la existencia de factores de riesgo para la salud y el bienestar psicológico de las mujeres, también en este escenario.

Todo lo dicho nos hace coincidir con el pensamiento de Bourdieu cuando nos señala que acabar con la *dominación masculina* (que es más que la dominación que EL hombre ejerce sobre LA mujer) es una tarea más ardua de lo que parece sugerir gran parte del pensamiento feminista. Requiere bastante más que una mera concienciación.

*“Sólo una acción política que tome realmente en consideración todos los efectos de la dominación que se ejercen a través de la complicidad objetiva entre las estructuras asimiladas (tanto en el caso de las mujeres como en el de los hombres) y las estructuras de las grandes instituciones en las que se realiza y se reproduce no sólo el orden masculino, sino también todo el orden social (comenzando por el Estado, estructurado alrededor de la oposición entre su «mano derecha», masculina, y su «mano izquierda», femenina, y la Escuela, responsable de la reproducción efectiva de todos los principios de visión y de división fundamentales, y organizada a su vez alrededor de oposiciones homólogas) podrá, sin duda a largo plazo, y amparándose en las contradicciones inherentes a los diferentes mecanismos o instituciones implicados, contribuir a la extinción progresiva de la dominación masculina”.*

(Bourdieu 2003:141)

## Notas

1. Sergio Sinay la llama "la masculinidad tóxica" y muestra cómo un paradigma masculino "tradicional" está vigente y es dominante en la política, en los negocios, en los vínculos humanos, en las relaciones familiares, en el deporte, en la relación con el medio ambiente.

2. *La masculinidad tradicional. Obstáculo a la educación en igualdad*, 2001.

3. WIKIPEDIA: "*Patriarcado término antropológico usado para definir la condición sociológica en que los miembros masculinos de una sociedad tienden a predominar en posiciones de poder; mientras más poderosa sea esta posición, más probabilidades que un miembro masculino retenga esa posición*".

4. GABARRÓ, Daniel: *Reconstruir la identidad masculina: una necesidad política*, 2007.

5. ILLICH, Ivan: *El género vernáculo*. Ed. Joaquín Mortiz / Planeta, 1990.

6. BONINO, Luis: en *Los micromachismos y sus efectos: claves para su identificación*. 2003, los define como "*formas de dominación de baja intensidad*", "*controles y abusos de poder casi imperceptibles y cuasinormalizados que los varones ejecutan permanentemente*".

7. De los efectos de la MT en los varones más recogidos en la bibliografía, destacamos:

- Enfermedades derivadas del consumo de drogas; tabaco alcohol, heroína, etc.
- Accidentes relacionados con el deporte, sobre todo entre los 14 y los 25 años.
- Accidentes de tráfico, conductas de riesgo innecesarias.
- Los infartos asociados a la impaciencia, la hostilidad y competitividad, la implicación laboral y la preocupación por los rendimientos.
- Los suicidios consumados, que pueden tener parte de su explicación en la dificultad masculina para asumir situaciones de derrota, dolor, tristeza o soledad, junto a, la mencionada, incapacidad para pedir ayuda porque implica debilidad.
- En el campo de la sexualidad, la mayoría de los problemas no físicos son conflictos subjetivos con una idea de normalidad que implica la obsesión por el logro.

## Referencias Bibliográficas

BONINO, L.: *La masculinidad tradicional. Obstáculo a la educación en igualdad*, 2001.

BOURDIEU, P.: (1994) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama. Barcelona 3ª ed. 2002.

BOURDIEU, P.: (1998) *La dominación Masculina*. Anagrama. Barcelona 3ª ed. 2003.

CONNEL, Robert W. (1995) "La organización Social de la Masculinidad". "The Social Organization of Masculinity" de *Masculinities*, del mismo autor, University of California Press, Berkeley, 1995. Traducción de Oriana Jiménez.

GOMES COSTA, R.: "Género e Masculinidades" en *Cuerpo Género, Sexualidades: Encrucijadas teóricas y políticas*, Méndez, Lourdes y Mozo, Carmen (eds). Actas del VIII Congreso de Antropología. Santiago de Compostela. 1999, pp. 93-100.

KIMMEL, Michael. "La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes" en: *Fin de siglo, Género y cambio civilizatorio*. ISIS Internacional. Chile, 1992.



# Trastornos mentales y malestar psicológico. Prevalencia y evaluación en usuarias de la red pública de salud mental de Andalucía



# 5

Asunción Luque Budia

*Psicóloga clínica. Unidad de Salud Mental Comunitaria Sur. Área SM Virgen del Rocío. Sevilla*

# Trastornos mentales y malestar psicológico. Prevalencia y evaluación en usuarias de la red pública de salud mental de Andalucía

Asunción Luque Budia

Psicóloga clínica. Unidad de Salud Mental Comunitaria Sur. Área SM Virgen del Rocío. Sevilla

## Introducción

Vivimos en una sociedad patriarcal donde el hombre es tomado como medida de todas las cosas, como prototipo y modelo de ser humano, existiendo una legitimación social de este principio con una consiguiente naturalización de la división sexual de la sociedad. La ciencia tampoco ha escapado a este modelo, contando con un concepto androcéntrico de la salud lo que ha conllevado a que los problemas de salud sean definidos por los grupos de poder socialmente mejor posicionados, obteniendo como resultado una invisibilización de la salud de las mujeres a excepción de aquellos aspectos ligados a la reproducción (los que biológica y anatómicamente son diferentes a la norma masculina).

Hasta hace pocos años: a) el sexo se incluía en las investigaciones sólo como variable descriptiva y no explicativa, b) la investigación en morbilidad femenina se centraba en aspectos ligados a las hormonas y la reproducción, y c) el género era una variable que no aparecía o lo hacía con un significado intercambiable con sexo.

En el momento actual, a raíz del impulso de teóricas e investigadoras feministas, tenemos que distinguir, en materia de salud en población femenina, entre un *abordaje de la salud de las mujeres* y un *abordaje de género*. Desde la perspectiva de lo que se ha considerado el estudio de tratamiento de la salud de las mujeres, lo específico de la mujer es la reproducción y por tanto todo proceso de enfermar está relacionado en parte con ello, lo que ha hecho que no se vea más allá que las características reproductivas y biológicas de las mujeres silenciado el resto. Este enfoque parte de un nivel de análisis individual, no incluyendo los contextos socioculturales que impregnan el lugar de la mujer en lo social y la influencia de ello en la conformación de su subjetividad, identidad y proceso salud-enfermedad. Si bien este enfoque es necesario resulta insuficiente en tanto reduccionista.

Por otra parte tendríamos el abordaje de género en salud cuyo objetivo es el análisis de los problemas de salud derivados de las desigualdades de género. Este enfoque no contempla sólo la intervención sobre la salud individual femenina (la salud no es sólo cuestión de la biología) sino que busca la transformación de la asimetría de poder como objetivo en políticas de salud.

¿Qué nos dicen los datos sobre la salud de la población en general y más específicamente de la población femenina?

Según los últimos datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud 2006 (señalar que es el primer año que incluye la perspectiva de género) observamos como las mujeres mantienen a lo largo de los años una mayor esperanza de vida que los hombres. En cambio cuando se les pregunta cuánto de positivo valoran su estado de salud vemos que existen diferencias entre mujeres y hombres para todos los grupos de edad, informando las primeras de forma más negativa sobre su estado de salud percibido, distancia que aumenta a partir de los 65 años. Y esta tendencia se mantiene estable durante todos los años estudiados.

Este mismo estudio añade que dentro de la población mayor de 65 años son las mujeres de nuevo las que presentan un menor nivel de autonomía funcional, es decir necesitan ayuda para el cuidado personal (tomar la medicación, comer vestirse, etc.), las labores domésticas (usar el teléfono, comprar la comida, prepararla, etc.) y en movilidad (coger el autobús, taxi, administrar dinero, andar).

Respecto al trabajo reproductivo y/o doméstico (realización de tareas complejas, extenuantes, poco gratificantes y no remuneradas, en un horario ilimitado como el cuidado a menores, mayores, discapacitadas y tareas del hogar, y tiene un impacto evidente en la salud) observamos que existe una diferencias de entre 25 y 45 puntos (dependiendo de la tarea) entre hombres y mujeres, teniendo estos cuidados cara de mujer.

La encuesta Nacional de Salud incluye este año por primera vez la valoración de la salud mental de la población adulta, utilizando el Cuestionario de Salud General de doce preguntas (GHQ-12). Es un instrumento que permite detectar la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de padecimiento psicológico en la población, explorando su estado habitual durante el último mes respecto al estado habitual de la persona. Los resultados nos dicen que el 26,8% de las mujeres adultas y el 15,6% de los hombres presenta riesgo de mala salud mental y que éste aumenta con la edad.

Estos datos epidemiológicos y las investigaciones específicas en salud mental vienen a decirnos que si bien las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres manifiestan un peor estado de salud percibido, soportan mucha mayor carga doméstica y de cuidados, obtienen puntuaciones más alta en las escalas subjetivas de estrés psicosocial (en especial en la percepción de discriminación personal) tras lo cual no es difícil deducir un mayor riesgo de padecer trastorno mental a lo largo de su vida.

Respecto a la salud de mujeres y hombres sabemos que (Caro Gabalda, 2001; Ferrando Bundío, 2007):

- Existen diferencias de salud entre hombres y mujeres
- Existen diferencias de salud mental entre hombres y mujeres
- Buena parte de las diferencias encontradas se entienden mejor teniendo en cuenta las condiciones de vida diferentes que afectan a hombres y mujeres y que influyen

tanto en la construcción de su identidad, en la adquisición de recursos y habilidades y en el número de estrés psicosocial sufrido.

## Prevalencia de trastorno mental en usuarias de la red pública de salud mental de Andalucía

¿Y qué ocurre con la salud mental de las mujeres?

Quiero en primer lugar desvelar dos mitos o estereotipos que circulan socialmente, y desgraciadamente en algunos ámbitos profesionales, relacionados con la salud mental de las mujeres y que repercuten en gran manera en el diagnóstico y abordaje de la población femenina.

El primero de ellos tiene que ver con la imagen o representación social de la mujer con trastorno mental. Normalmente se le atribuye a la mujer una mayor vulnerabilidad emocional como si esto fuera un factor esencial sin correlato con su historia de aprendizajes y la construcción de la subjetividad femenina, lo que la predispondría biológicamente a presentar un trastorno mental, en especial en el campo de la ansiedad y la depresión. Mito que ha relegado a un segundo o tercer plano las situaciones de desigualdad como generadoras de malestar psicológico.

El otro estereotipo es referente al concepto que tienen las personas, y también el colectivo de profesionales de la salud, sobre lo que es una mujer sana y una mujer mentalmente enferma. El concepto que se ha tenido hasta hace muy poco de una persona mentalmente sana ha estado basado en el estándar masculino, mientras que lo femenino es considerado lo deficiente por comparación. Desde este punto de vista la distancia entre un hombre sano y un hombre enfermo es mucho mayor que la existente entre una mujer sana y una enferma (ambas se encuentran situadas en el déficit). Este mito comporta un sesgo importante hacia una mayor psicopatologización de lo femenino.

*¿Qué nos dicen los datos acerca de la población que atendemos en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (hasta hace unos meses denominados como Centros de Salud Mental)?*

Lo primero que observamos es que tiene cara de mujer. Las consultantes de estas unidades representan el 59,56% mientras que en el grupo de varones el porcentaje es del 40,44%, proporción que se mantiene para todos los rangos de edad y a lo largo de los años estudiados, a excepción de menores de 16 años donde la tendencia se invierte (Consejería de Salud, 2008, borrador).

El grupo mayoritario de consultantes en estos dispositivos es el de las mujeres de 31 a 50 años, seguido del de los hombres de la misma edad, le seguirían las mujeres de 51 a 64 años.

La siguiente tabla nos muestra la distribución de los grupos diagnósticos por sexo. Los hombres presentan una mayor prevalencia en trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y trastornos esquizofrénicos mientras que en las mujeres la mayor prevalencia aparece en los



trastornos del humor, trastornos neuróticos y disfunciones fisiológicas y factores somáticos (en estos últimos se encuentran incluidos los trastornos de la conducta alimentaria).

**Tabla 1**

Personas atendidas en los Equipos de SM de Andalucía en 2006 (Consejería Salud, 2008)

CIE-10	Criterios diagnósticos	Porcentaje	
		Hombres	Mujeres
F00-F09	Trastornos orgánicos	49,07	50,93
F10-F19	T. Consumo sustancias psicoactivas	83,45	16,55
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	64,42	35,58
F30-F39	Trastornos Humor	28,72	71,28
F40-F41	Trastornos Neuróticos	32,39	67,61
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	25	75
F60-F69	Trastornos Personalidad	50,01	40,99
F70-F79	Retraso Mental	58,64	41,36
F80-F89	Trastornos del Desarrollo	74,69	25,31
F90-F09	Trastornos Infancia y Adolescencia	65,05	34,95
F99	Trastorno Mental sin especificación / sin diagnóstico	42,36	57,64
--	Sin patología mental	45,07	54,93

Si atendemos a los datos de prevalencia por procesos asistenciales (facilitados por la misma fuente) observamos que en los procesos Trastornos de la Conducta Alimentaria y Ansiedad, Depresión y Somatizaciones las mujeres representan el grupo más numeroso:

— Diagnóstico de ansiedad, depresión y somatizaciones:

El 34,36% de las personas atendidas en el ESMD. Mayoritariamente mujeres (68,68%), en todos los grupos de edad, especialmente de 31 a 64 años

— Diagnóstico de Trastorno conducta alimentaria:

Representa el 0,83% de las consultas, donde el 90,95% son mujeres.

— Diagnóstico de Trastorno mental grave:

Mayoritariamente hombres en todos los tramos de edad, especialmente de 31 a 50 años.

Estos datos, que coinciden con los datos de otras comunidades autónomas del territorio nacional y otros países occidentales, vuelven a señalar que los trastornos depresivos, ansiosos y de la con-

ducta alimentaria tienen cara de mujer, trastornos que han mostrado una alta correlación con las condiciones de desigualdad en las que vive este colectivo.

¿Qué otro factor tiene cara de mujer?

Muchas mujeres llevan a las consultas de atención primaria quejas inespecíficas de un malestar difícil de clasificar desde la medicina, y que los y las profesionales más que indagar en las causas de ese malestar tienden a acallararlo con la prescripción de fármacos, volviendo a situar a la mujer en el lugar de la no escucha, invisibilizando su queja. Mabel Burín (1991) señala que:

- Las mujeres son el principal grupo consumidor de psicofármacos.
- Los médicos/as prescriben más psicofármacos a las mujeres.
- La prescripción de psicofármacos responde a la actitud patriarcal con la que se trata el malestar de las mujeres.
- No sólo se medicaliza el malestar derivado de la vida cotidiana de las mujeres sino también sus funciones fisiológicas: menstruación, embarazo, parto, menopausia, etc.

Para poder entender mejor el malestar psicológico de la población femenina consultante tenemos que analizar los tres factores más referidos en la bibliografía relacionados con el perfil (psico)patológico y de pérdida de salud en las mujeres (Hyde, 1995; Instituto Andaluz de la Mujer, 2004; Ruíz-Jarabo y Blanco Prieto, 2004):

- a) El menor poder social, entendiendo el poder social como la capacidad de poder dar respuesta a las necesidades de seguridad propias y de sus seres queridos, defenderse por sí misma en los conflictos con otros y tomar decisiones basadas en sus propios deseos. Habilidades fomentadas social y familiarmente desde la infancia en los varones e inhibidas en las mujeres.
- b) El rol de género adjudicado basado en el ajuste a la esfera privada y enfocado al trabajo doméstico, el maternaje de todas las relaciones, la valorización de los afectos y la represión de la sexualidad.
- c) La violencia masculina contra la mujer tiene consecuencias en su vida y su salud que difiere cualitativa y cuantitativamente de las que se producen en otras víctimas.

Teniendo en cuenta esto los modelos tradicionales en salud mental, al no tener en cuenta los factores histórico-culturales en el proceso salud enfermedad:

- No nos sirven, por reduccionistas, para entender ni intervenir sobre el malestar psicológico o psicopatológico de la población femenina.



- Las investigaciones de autoras feministas y desde una perspectiva de género nos obligan a incluir la construcción social de las mujeres como sujetos y las condiciones de desigualdad que soportan como factores que inciden en gran manera en su salud mental.

Si no queremos reproducir modelos caducos, estereotipados y sesgados en la atención a la población femenina, nuestra tarea como profesionales de la salud mental pasa por tanto por:

- Revisar nuestros estereotipos de género y creencias sexistas así como nuestros modelos de salud-enfermedad
- Visibilizar las desigualdades y su influencia en la salud mental de las mujeres
- Dotarnos de instrumentos de evaluación que nos permitan explorarlas
- Implantar nuevos instrumentos de evaluación y modelos de intervención

Desde este posicionamiento llevamos años trabajando en el Área Virgen del Rocío de Sevilla, con una actual consolidación de los cursos de formación y sensibilización sobre género y salud mental desde una perspectiva feminista. Otro de los objetivos, marcados como tarea imprescindible, es el de revisar la historia clínica, hasta ahora uno de los instrumentos clínicos de evaluación en salud mental más valiosos.

¿Por qué consideramos necesario modificar la historia clínica? Apunto una serie de razones que nos mueven a ello:

- Necesidad de introducir las aportaciones feministas en el trabajo clínico en salud mental.
- Necesidad de incluir en la exploración y recoger en la historia clínica la evaluación de las desigualdades.
- Necesidad de consensuar un instrumento de recogida de la información en salud mental desde la perspectiva de género.
- Aprovechar el proyecto de historia clínica digital en salud mental.

## La Historia Clínica desde la Perspectiva de Género

La actual historia clínica agrupa varios epígrafes generales. Nuestra tarea ha sido incluir aquellos aspectos que desde una perspectiva de género han de estar reflejados y que nos van a aportar datos acerca de la existencia de relación desigual en la pareja, de las creencias y conductas de

género estereotipadas adquiridas, de su relación con el motivo de la consulta o malestar, de las habilidades y estrategias con las que consta la persona para cambiar esa situación de generadora de sufrimiento o malestar. Este trabajo, como ya he señalado, surge tras varios años de trabajo en el Área de Salud Mental de Virgen del Rocío.

La historia clínica en salud mental consta en la actualidad de once apartados:

1. Motivo de consulta e historia clínica actual
2. Exploración o evaluación
3. Tratamientos previos por problemas de salud mental
4. Psicobiografía y antecedentes personales
5. Antecedentes familiares
6. Entorno social
7. Escolaridad, vida relacional y vida laboral
8. Pruebas psicológicas y biológicas realizadas
9. Impresiones sobre la entrevista
10. Diagnóstico descriptivo
11. Orientación y actividades terapéuticas

La Historia Clínica Modificada desde la Perspectiva de Género viene a incluir de forma explícita, en la mayoría de los apartados, preguntas o áreas de exploración enfocadas a la detección de las desigualdades.

Paso a describir de forma general las modificaciones introducidas que desde nuestra experiencia y tras varios borradores hemos adoptado (aún está en proceso de revisión). Sólo reseño aquellos puntos de la historia clínica donde se han introducido contenidos novedosos.

En el segundo apartado, referido a la exploración o evaluación incluimos explícitamente la evaluación del maltrato psicológico sufrido por la mujer, indagando sobre el nivel de conciencia de la situación de abuso que padece, las habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, la autoestima, las soluciones intentadas, etc. Incluimos también la valoración del maltrato psicológico ejercido por el hombre hacia la esposa con preguntas concretas como ¿existe empatía en él para la comprensión de las necesidades de su pareja?, ¿tiene capacidad para percibir lo abusivo



de su conducta hacia su pareja?, ¿minimiza o justifica sus comportamientos de control (violencia o micromachismos)?, ¿tiene control sobre su ira?

Se incluyen también en este apartado resultados de cuestionarios y escalas que miden nivel de satisfacción en la pareja, maltrato psicológico sufrido (TENSE), etc.

En el bloque *Psicobiografía y antecedentes personales* se recoge la exploración de las cargas domésticas y el cuidado mutuo en la familia y la pareja (índices, medidos en porcentajes, que informan de forma rápida de desigualdades en la pareja o en la familia). Solicitamos la descripción de un día tipo y preguntamos acerca de los modelos interiorizados de masculinidad/feminidad y de las relaciones de pareja. Se explora igualmente el nivel de autonomía y poder de definición de su propia vida; se examinan las relaciones sexuales (satisfacción, dificultades, prácticas de riesgo, dominio-sumisión, etc.)

El área referente a *Antecedentes familiares* contiene preguntas sobre los modelos tradicionales o igualitarios que la/el paciente ha aprendido en su familia de origen; los recursos de afrontamiento y superación con que han contado o cuentan sus miembros.

En el sexto epígrafe referido al *Entorno social*, consideramos imprescindible la indagación sobre tiempo de reposición y ocio y el apoyo social.

En la séptima sección, *Escolaridad, vida relacional y vida laboral*, se especifica la distribución del trabajo, sus características, las remuneraciones, la aportación económica de cada miembro a la economía familiar y su distribución, las oportunidades de formación o mejora profesional en cada miembro de la pareja, así como los proyectos en un futuro cercano.

En el *Diagnóstico descriptivo* introducimos de forma gráfica la valoración por parte de la persona que realiza la evaluación de su impresión acerca del rol que la o el paciente mantienen, señalando en la línea, a modo de termómetro, en qué punto comprendido entre un rol tradicional y un rol igualitario se sitúa.

Rol Tradicional

Rol Igualitario



*Totalmente tradicional*

*Bastante tradicional*

*Mixto*

*Bastante igualitario*

*Totalmente igualitario*

Por último en *Orientación y actividades terapéuticas*, se indican si éstas se realizan con perspectiva de género y las áreas acordadas con la/el paciente para el cambio.

Sabemos que trabajar desde una perspectiva de género en salud mental cuenta con muchas resistencias dentro de la salud, pero nuestra perseverancia se basa en que día a día comprobamos como el sufrimiento de muchas mujeres está íntimamente relacionado con la construcción social de su identidad, con sus menores oportunidades de desarrollo personal, laboral y de creatividad, con la violencia que ejercen sobre ellas la sociedad, las instituciones y sus parejas, con las situaciones de desigualdad e inferiorización a las que están sometidas. Nuestro objetivo es poder contribuir a un nuevo modelo relacional igualitario y saludable.



## Referencias Bibliográficas

BURÍN, Mabel. *El malestar de las mujeres*. Barcelona: Paidós. 1991.

CARO GABALDA, Isabel: *Género y Salud Mental*. Biblioteca Nueva, 2001.

Consejería de Salud (2008). *Atención sanitaria a la salud mental en Andalucía*. ESMD. SISMA 2006. Borrador.

HYDE, Janet Sh.: *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*. Morata, 1995.

Instituto Andaluz de la Mujer (2004). Unidad de Igualdad y Género. 3: *Género y Salud*.

Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>.

RUIZ-JARABO QUEMADA, Consue; BLANCO PRIETO, Pilar: "*La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*". Díaz de Santos, 2004.

FERRANDO BUNDÍO, Laura: *Salud mental y género en la práctica clínica*. Barcelona: Ars Medica, 2007.

## Tratamientos con perspectiva de género

**Carmen Jiménez Casado**

*Psicóloga clínica. Equipo de Salud Mental Sur. Sevilla*



# 6

## Tratamientos con perspectiva de género

Carmen Jiménez Casado

Psicóloga clínica. Equipo de Salud Mental Sur. Sevilla

*“Desde siempre, la ciencia ha sido concebida y practicada por hombres. La ciencia actual está construida desde el punto de vista de los hombres, punto de vista que se convierte en medida de todas las cosas”*

Marina Subirats, 1994

Las universidades europeas fueron ámbitos exclusivamente masculinos hasta bien entrado el siglo XIX. Este androcentrismo se encuentra presente también en la elaboración de *modelos* de sabios o artistas casi exclusivamente masculinos. Afortunadamente, en la actualidad hay una corriente de investigación histórica de género que está rescatando del olvido la biografía de muchas mujeres con un objetivo pedagógico, para mostrar que la ciencia es una empresa humana; es decir, realizada por hombres y mujeres. Gracias a ello están ganando progresiva visibilidad los aportes de las mujeres al desarrollo científico, se están denunciando las barreras a la participación femenina como el principal factor causal de su débil presencia en ciencia y tecnología, e incluso, se cuestiona el carácter neutral de la ciencia: el objeto de la ciencia (lo que se ha estudiado) también ha obedecido a intereses prioritariamente masculinos.

Las Ciencias de la Salud, la Medicina, la Psicología o la Psiquiatría, no han estado al margen de todo esto. Es preciso deconstruir el discurso médico psiquiátrico y psicológico sobre los sexos.

La Medicina ha jugado un papel muy importante como fuente de ideología sexista. La Ginecología y la Psiquiatría, a finales del siglo XIX y principios de XX contribuyeron de manera determinante a caracterizar el *género femenino* justificando científicamente su subordinación. Se repetían (y se repiten) afirmaciones como que ser mujer supone una mayor vulnerabilidad para los padecimientos mentales, por su propia naturaleza biológica exclusivamente. Un producto de aquella época es la tipificación de la histeria como una patología propiamente femenina, por ejemplo. El útero fue considerado el órgano esencial de la identidad de la mujer, y su exploración resultaba obligada para diagnosticar cualquier enfermedad mental.

En definitiva, toda la producción médico-psicológica escrita ha contribuido sin ingenuidad alguna, a la creación y afianzamiento de estereotipos sexuales útiles para mantener una ideología que justificaba privilegios para una mitad de la población que tenía entonces en su poder la práctica totalidad de la maquinaria de producción científica<sup>1</sup>.

¿Y qué tiene que ver esto con los tratamientos en Salud Mental?: Mucho.

La consideración del hombre como género neutro, como sinónimo de persona, como la norma, también en medicina, tradicionalmente, ha hecho que el estudio de las enfermedades que afectan a hombres y mujeres se realizara casi exclusivamente en hombres, y luego los resultados se han generalizado a todo el género humano sin la seguridad de que estas conclusiones fueran igual de válidas para las mujeres. Pero no solo el estudio de las enfermedades, sino también el estudio y la investigación de los medicamentos, de los tratamientos en general. Este ha sido un error tradicional en la terapéutica médica: considerar que los tratamientos farmacológicos son iguales para todos y todas, olvidando que hay importantes diferencias entre las personas (sexo, raza...). Las mujeres consumimos muchos más medicamentos que los hombres, pero existen muy pocos estudios clínicos realizados con mujeres. En el desarrollo de los psicofármacos, utilizados predominantemente por mujeres, como es el caso de los antidepresivos y ansiolíticos, han participado casi exclusivamente hombres. Las mujeres no se incluyen en las fases I y II de los ensayos clínicos, y sólo muy recientemente se empiezan a incluir en fase III; por lo que es difícil saber cuáles son las características específicas de cada psicofármaco en relación al sexo para hacer un uso más correcto de él.

Como vemos, la medicina ha sido durante siglos un asunto de hombres, y no sólo en el ejercicio de la profesión. Durante siglos se asumió que estudiando al *ser humano varón* en su anatomía, fisiología, farmacocinética, enfermedades y respuestas a los tratamientos se había analizado también al *ser humano mujer*, claro está que salvo en lo que se refería a los aspectos relacionados con la reproducción, los cuales se han utilizado muy a menudo para marcar las diferencias hacia el polo de la debilidad y vulnerabilidad de las mujeres.

La historia se ha empezado a corregir hace unos años, y desde entonces no hacen más que aparecer informes que demuestran que tal o cual medicamento funcionan de forma distinta en la mujer, o que determinados síntomas de una enfermedad se manifiestan de manera diferente en las mujeres.

Como ejemplo paradigmático de esto último puede citarse a las enfermedades cardiovasculares. Son la causa más importante de mortalidad en nuestro país. Las mujeres mueren más que los hombres por esta dolencia. Pero la creencia colectiva es la de que esta enfermedad es predominantemente masculina. Hay diferencias de sintomatología en la aparición del infarto de miocardio en hombres y mujeres<sup>2</sup>. Cuando las mujeres presentan un infarto no identifican los síntomas, por lo que el retraso con el que llegan a los servicios de urgencia es de una media de 70 minutos más tarde que los hombres<sup>3</sup>. Otro ejemplo es la aspirina; se ha visto que su eficacia en la prevención del infarto de miocardio es diferente en hombres que en mujeres. Lo mismo pasa con la heparina, nicotina, etc,...

La gran mayoría de los ensayos clínicos para investigar nuevos medicamentos se realiza con muestras de hombres casi exclusivamente. ¿Y por qué no participan más mujeres?:

1. Porque la Medicina, como todas las ciencias ha discriminado a las mujeres. El acceso de la mujer a la Medicina, sobre todo a partir de los 90, ha permitido algu-

nos cambios, pues aunque accedían desde antes a la carrera universitaria y al ejercicio profesional, seguían estando fuera de los órganos de poder que deciden quién investiga, cómo y sobre qué, y qué se publica y se financia.

2. El fiasco del estudio de la Talidomida. En 1950 se experimentó con este fármaco, que trataba la ansiedad, el insomnio y, en mujeres embarazadas, los vómitos y las náuseas. En los 60 se retiró por producir malformaciones fetales. Y esto contribuyó a que se frenaran los estudios con mujeres en edad fértil. En 1977, en una decisión muy criticada, la FDA (Food and Drug Administration de Estados Unidos), publicó una guía que excluía explícitamente de los ensayos a las mujeres en edad fértil. Esta recomendación generó una *duda razonable* sobre la eficacia y los efectos tóxicos de algunos medicamentos en las mujeres. Su ausencia en las primeras fases de la investigación privaba de una información que podía ser útil para el rediseño del ensayo en fases posteriores. Con el argumento de prevenir el riesgo potencial de daño fetal, se perjudicaba a las mujeres en lugar de protegerlas.

A mediados de los 80, las activistas estadounidenses del SIDA fueron las primeras en llamar la atención sobre la infrarepresentación femenina en los estudios que se hacían sobre este síndrome. También estábamos ausentes en estudios de trasplante renal, alcoholismo, tabaquismo,... Mas de 15 años tardó la FDA en reconocer su error. En 1993 publicó una guía para el estudio y la evaluación de las diferencias en los ensayos según el sexo. En ella se instaba a incluir a mujeres para detectar posibles diferencias clínicamente significativas en la respuesta al fármaco. Se recomendaba también analizar las conclusiones finales en función del sexo, algo que no se suele hacer. Esto no lo ha hecho todavía la Agencia Europea del Medicamento. En realidad no hay una legislación específica ni en EEUU ni en Europa ni en España sobre la inclusión de mujeres en ensayos clínicos.

3. La complejidad del cuerpo femenino. Para los científicos, el mejor diseño de estudio corresponde a uno que sea simple y eficaz; es decir, que tenga la mínima cantidad de variables posibles. En esta descripción encajan más fácilmente los ensayos clínicos con hombres, porque sus hormonas sexuales no varían cíclicamente como las femeninas. Con ellos es más fácil llegar a conclusiones, y por ello resulta mas barato diseñar un ensayo exclusivamente con hombres. Si se incluyen mujeres, los investigadores tienen que analizar los datos que varían dependiendo del momento del ciclo menstrual en el que se encuentra la mujer. Ha sido mas fácil recurrir a los hombres como muestra para la ciencia.

Las autoridades sanitarias tendrían que exigir a las empresas farmacéuticas que en los prospectos se realizara una diferenciación especificando la dosis adecuada para hombres y mujeres, y los efectos para cada uno, si hubiera diferencias.



Durante muchos años se ha venido repitiendo que las mujeres son más vulnerables a padecer enfermedades mentales, por su propia naturaleza, sin cuestionar en qué medida intervenían los roles de género. Esto ha favorecido que las enfermedades *nerviosas* se convirtieran en un cajón de sastre donde colocar el malestar de la mujer. Además, tener la idea de que las mujeres tienen más posibilidad de padecer este tipo de afecciones favorece que se les dé un tratamiento farmacológico sin analizar sus causas; algo que se ha venido haciendo muy a menudo en las consultas médicas.

*“Un millón y medio de personas consume somníferos o tranquilizantes de forma habitual en nuestro país. El 75% son mujeres”,* según Nuria Romo Avilés, antropóloga de la Universidad de Granada, quien ha coordinado un estudio cualitativo que profundiza en los factores culturales que crean un estereotipo de mujer necesitada de este tipo de fármacos. Hay ciertos estereotipos que tienen que ver con la construcción de una imagen de la mujer como más débil, pasiva, dependiente y con ciertas patologías inespecíficas. También hay un modelo que se transmite entre los profesionales sanitarios y que, ante situaciones inespecíficas expresadas como malestar por las mujeres (donde no hay una patología clara) se tiende a prescribir psicofármacos. Estas situaciones suelen tener que ver con circunstancias vitales que generan desasosiego, que se diagnostica como ansiedad asignándole un tratamiento con psicofármacos. Ocurre, sobre todo con la población femenina entre 45 y 65 años. El Ministerio de Sanidad alerta que las mujeres en esta franja de edad están sometidas a una sobrecarga que determina dolencias, medicación abusiva y hasta adicciones. El informe Salud y género elaborado por el Observatorio de Salud de la Mujer señala que *“los roles de ama de casa, cuidadora de las personas dependientes y trabajadora remunerada suponen una sobrecarga de funciones que tiene efectos perjudiciales en la salud de las mujeres”* y reclama un cambio en el Sistema de Salud para que la atención médica de las mujeres tenga también un enfoque psicosocial, para que se limite la medicación y para que se busquen *otras soluciones* al malestar que describen las pacientes.

Hay que decir que no siempre es una cuestión de prejuicios sanitarios, *“a veces las mujeres acuden a la consulta demandando algún medicamento recomendado por su amiga o su vecina”*; esto, en opinión de Nuria Romo, se relaciona con la forma de representarse y expresarse de la mujer, que hace que esté más dispuesta que el hombre a solicitar ayuda. El que las mujeres tengan mayor predisposición a visitar al médico, se convierte en un arma de doble filo, ya que algunos profesionales tienden a restar importancia a la consulta cuando quien acude es una mujer.

Pero es que, además, los psicofármacos se vienen convirtiendo en un componente habitual del botiquín doméstico. Es fácil acceder a estas sustancias y que sean utilizadas fuera de las indicaciones prescritas para afrontar situaciones que generan malestar. Según Nuria Romo, los psicofármacos son drogas que las mujeres perciben como *seguras*, ya que proceden del ámbito reconocido de la Medicina, y esto facilita su autoconsumo. La industria farmacéutica ha intentado aprovechar este filón y ha identificado a la mujer como el principal objetivo comercial de los psicofármacos. Organismos como la ONU han llegado a alertar del riesgo de utilizar psicofármacos para remediar problemas considerados *sociales*.

Si unimos esto a lo antes mencionado sobre la ausencia de mujeres en la investigación de los psicofármacos, la alerta debe ser mayor.

Resulta llamativo que hoy, en una época en la cual la ciencia no acepta las hipótesis como verdaderas hasta que son puestas a prueba rigurosamente, lo que se denomina *evidencia científica*, se perpetúe de alguna manera la extrapolación de resultados de varones a mujeres.

Desde las instituciones públicas habría que promover unas normas que garanticen la seguridad y eficacia de los medicamentos en mujeres y potenciar la investigación de género. Por ejemplo, actualmente en Estados Unidos, donde se realiza el mayor esfuerzo investigador, se promueve la paridad en todos los estudios y se ha solicitado a 30 de las revistas científicas más relevantes, que revisen sus guías de publicación para que reflejen la obligación de incluir a mujeres en los ensayos clínicos y analizar resultados por sexos.

Los argumentos aducidos para la exclusión de las mujeres en ensayos clínicos (como el de reclutar una muestra uniforme para reducir la variabilidad y ahorrar costes, y el miedo a que las sustancias sean teratogénicas y causen daños a mujeres en edad fértil, o que interaccionen con otras terapias –hormonal o anticonceptivos) son precisamente los argumentos que hacen recomendable la inclusión de las mujeres, pues para prescribir un fármaco hay que conocer la existencia de las variaciones en la respuesta al tratamiento según la fase del ciclo menstrual, y si es antes o después de la menopausia, si las terapias hormonales afectan a la respuesta, si los fármacos estudiados pueden afectar a la fertilidad, y si ambos sexos responden de forma distinta al mismo tratamiento. El hecho de que las mujeres sufran más efectos adversos que los hombres en general, incluso bajo control de dosis, es un argumento más para cuestionar la extrapolación a mujeres de los resultados de varones en ensayos clínicos. Pero es que, además, la inclusión de las mujeres no solo nos beneficiará a nosotras, y es de justicia sobre todo, sino que entender las respuestas fisiológicas al tratamiento de ambos sexos servirá para encontrar mejores terapias para todo el género humano.

Hasta aquí se ha abordado el modelo de tratamiento médico biológico (farmacológico) en Salud Mental, a continuación se tratará el proceso psicoterapéutico.

El enfoque universal masculino subyace también en el desarrollo de los sistemas teóricos psicoterapéuticos. Como señalan Beatriz Rodríguez y Cristina Polo<sup>4</sup>, tanto el término *género* como *psicoterapia* hacen referencia a conceptos construidos “socialmente, en el sentido de que varían a través de las diferentes culturas, que cambian a través de la historia y que son diferentes según quien hace las observaciones o los juicios”. A partir de los setenta, paralelamente al resurgimiento del movimiento feminista, comienzan a aparecer críticas sobre el papel de la psicoterapia como reforzadora de valores y actitudes tradicionales hacia la mujer, sin considerar el contexto en que se producían.

Las teorías psicológicas tradicionales, frecuentemente, han hecho extensible a la mujer modelos de desarrollo individual construidos para el hombre. Por ejemplo, siempre han dado una gran



importancia para poder conseguir una identidad propia, a lo largo del desarrollo individual, a los procesos de separación de diferentes figuras (de la madre, de la familia,...). Algunas autoras (Walters, 1996)<sup>5</sup> piensan que estos presupuestos teóricos no encajan con el modo en que la mujer construye su identidad en relación con los otros. En la mujer, la dirección del crecimiento no es hacia mayores grados de autonomía e individuación, entendidos como ruptura de los vínculos afectivos, sino hacia un proceso de crecimiento dentro de la relación.

En la práctica psicoterapéutica es importante entender que ayudar a la mujer en su desarrollo supone el reconocimiento del significado de lo relacional para ella. En muchos casos esto ha podido ser interpretado como personalidad dependiente o inmadura, pues con frecuencia se relaciona separación o desvinculación con autonomía, un signo valorado de madurez; mientras que la vinculación se iguala a dependencia, señal desvalorizada de inmadurez.

Otro concepto a cuestionar es el concepto de poder. Tradicionalmente la mujer ha ejercido su poder para ayudar a acrecentar el poder de otros, es un poder al servicio del crecimiento del otro; lo cual es muy diferente del concepto masculino de poder, basado en la jerarquía y en el dominio. En el trabajo psicoterapéutico estas cuestiones acerca del poder han de estudiarse teniendo en cuenta esta dimensión de género.

A menudo es tradicional en psicoterapia actuar como si los pacientes y las familias se rigiesen exclusivamente por leyes existentes dentro del propio sistema familiar, como si viviesen en un contexto *neutral*. Si cada vez que en terapia se tratan temas sexistas que implican desigualdad de género, el o la terapeuta se mantiene neutral, se perpetúa la desigualdad con su imparcialidad. Esta supuesta neutralidad deja sin cuestionar muchos supuestos implícitos en el entramado del conflicto planteado, y si éstos supuestos no se cuestionan, se está apoyando implícitamente esos valores tradicionales, sobre todo porque parte de una persona con autoridad para la familia, como es el o la terapeuta.

La terapia familiar, por ejemplo, con perspectiva de género ha de ver a la familia tal como es y no como algo sacrosanto en base a un modelo ideal; no hay que salvar ninguna forma determinada de familia, sino asegurar que las necesidades de cada individuo están satisfechas en el sistema familiar. Es decir, legitimar sistemas de convivencia y relaciones no tradicionales, insistir en la importancia de terminar con la dependencia económica de las mujeres con respecto a los hombres, rechazar los privilegios de los hombres, redistribuir las responsabilidades de la casa y el cuidado de los hijos, etc...

En resumen, incluir la perspectiva de género en psicoterapia significa plantearse:

1. Reconocer que muchas de las diferencias psicológicas que se han relacionado con el sexo en la personalidad, o psicopatología, son consecuencia de una socialización diferente en contra de la mujer.

2. Que la desigualdad jerárquica de género a favor del hombre tiene consecuencias perjudiciales para la salud mental de ambos géneros, pero sobre todo para las mujeres.
3. Ser conscientes de que existe un sesgo de género ligado al sexo en el diagnóstico, psicopatología y psicoterapia.
4. Que el género del o la terapeuta y del o la paciente son variables a considerar en la estrategia terapéutica. Los terapeutas debemos formarnos en género y revisar nuestra ideología al respecto. Como terapeutas somos consultados acerca de lo que es normal y patológico, acerca de lo que es saludable y perjudicial
5. Que muchas veces se ha considerado a las causas intrapsíquicas fundamentales, infravalorando condiciones sociales que también pueden ser necesarias para explicar un problema psicológico.
6. Evitar la tradicional culpabilización a la madre de todo lo que va mal en el funcionamiento familiar, como los conceptos de madre hipercontroladora, sobreimplicada, fusionada con el hijo,... que fácilmente hacen pasar por alto la actitud distante del padre que suele asociarse en estas situaciones.
7. Que la falta de sensibilidad respecto de las cuestiones de género puede derivar en intervenciones terapéuticas sexistas más o menos iatrogénicas. A modo de ejemplo: lo que se ha llamado el yo relacional de las mujeres las hace más accesibles a maestros, pediatras y psicoterapeutas, mientras que los hombres están menos disponibles y su ausencia suele justificarse socialmente por razones de trabajo. Esta mayor accesibilidad y mayor capacidad relacional de las mujeres las hace mejores interlocutoras de profesionales docentes o sanitarios, quienes prefieren interactuar con ellas en lugar de con sus maridos. De este modo las mujeres resultan sobrecargadas con responsabilidades y requerimientos que deberían ser compartidos por la pareja.
8. No es posible una posición neutra, lo que pasa es que frecuentemente no se es consciente de los valores que asumimos como terapeutas y con el modelo teórico que seguimos.
9. Incluir la perspectiva de género en psicoterapia supone incluir un instrumento que visibiliza aspectos sumamente centrales de las relaciones interpersonales, enriquece la lectura clínica y mejora la intervención terapéutica, muchas veces de manera fundamental.

En resumen, es necesario introducir una formación que incorpore conocimientos de las variables relacionadas con el género en las decisiones clínicas, en el manejo terapéutico y en la investigación.



## Referencias Bibliográficas

1. DIEGUEZ GÓMEZ, Antonio: "Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1999, nº 72, pp 637-652.
2. *Informe sobre Salud y Género*, Proyecto Observatorio sobre salud y mujer de la Fundación Laporte y MSD.
3. ALDASORO, E. y Colaboradores: *Género e infarto agudo de miocardio en la CAPV*, Ibérica País Vasco, Bilbao 2007.
4. RODRÍGUEZ VEGA, Beatriz y POLO USAOLA, Cristina: "Proceso psicoterapéutico y género", II Symposium Nacional: *Tratamiento de adicción en la mujer*, En: <http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/resumenes>.
5. WALTERS, Marianne: *La red invisible: pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*, Paidós, 1996.

## Mujer Inmigrante: desafíos para la inserción

Johanna Torres Gil

*Psicóloga. Comisión Española de Ayuda al Refugiado*



7

# Mujer Inmigrante: desafíos para la inserción

Johanna Torres Gil

Psicóloga. Comisión Española de Ayuda al Refugiado

## Introducción

La población inmigrante en España es cada día más numerosa. Por las características sociales (condiciones de vida de los *sin papeles*, rechazo social, la escasez de recursos sociales), las diferencias culturales y la nostalgia de sus países, les configura como una población de riesgo para la conservación de su salud mental. Desde la perspectiva de género, la realidad muestra que la mujer inmigrante presenta dificultades específicas y situaciones de especial vulnerabilidad, fruto de la desigualdad y discriminación, que la sitúan como prioridad de la intervención psicológica.

De la conciencia de estas dificultades que rodean a la mujer inmigrante, en CEAR (Centro Español de Ayuda al refugiado), mediante convenio con el Instituto Andaluz de la Mujer, se creó el programa *Sororidad*, pensado para prevenir y atender a las mujeres en situación de vulnerabilidad y/o víctimas de malos tratos. Es este el marco introductorio con el que pretendo acercarlos a la mujer inmigrante: el perfil, su condición, su estado mental. No obstante, es posible y además necesario, un acercamiento psicosocial, donde tenga cabida una reflexión que permita tener un mejor conocimiento del proyecto y proceso migratorio de la mujer. Comprenderlo, ayudaría a superar las barreras que limitan la integración socio-laboral en el país de origen, así como a programar la intervención psicológica contemplando la perspectiva o enfoque de género.

## Marco teórico

Si atendemos a la composición actual de la población inmigrante en España y más concretamente en Andalucía, se observa una progresiva feminización del proceso migratorio. Desde este punto de vista, se estima que tanto en España como en la comunidad andaluza, más de un tercio de los trabajadores inmigrantes son mujeres.

En la literatura sobre el tema, se suelen dar tres posibles explicaciones a este proceso de feminización: en primer lugar, el cambio en la composición demográfica de los nuevos movimientos migratorios puede ser debido a una reconsideración de los roles tradicionales y de la posición social de la mujer emigrante en su sociedad de origen, tendiendo a una mayor emancipación entre los sexos y estimulando, por lo tanto, la movilidad femenina (López y Ramírez, 1977). En segundo lugar, no podemos olvidar que la pobreza afecta más a las mujeres que a los hombres (*feminización de la pobreza*), siendo las mujeres rurales de los países desfavorecidos uno de los

grupos más vulnerables a la crisis económica y, por ello, más predispuesto a la emigración (Gregorio, 1994).

Por último, en España existe una segmentación étnica y sexual del mercado de trabajo que favorece una demanda creciente de mano de obra femenina extranjera para sustituir a las mujeres de nacionalidad española en el servicio doméstico, sector que entró en crisis desde el fin de la inmigración interior a finales de la década de los sesenta.

A pesar de la presencia significativa de mujeres inmigrantes en España, observamos en la literatura e investigaciones sobre este tema sesgos importantes que impiden una correcta explicación del fenómeno migratorio, así como una adecuada intervención. En primer lugar, la mayoría de los estudios realizados están relacionados con el proceso migratorio masculino (Martín, 1999). En este sentido, se hace patente la necesidad de un enfoque de género desde el que se pueda explicar este silenciamiento y analizar más exhaustivamente las variables que dotan de peculiaridad al proceso migratorio de las mujeres y el grado en que dicho proceso se encuentra mediatizado por variables procedentes de su condición de mujer.

## Mujer, inmigración y salud mental

En contexto imaginario, la mujer como grupo con alto riesgo de vulnerabilidad, reporta síntomas de estrés, angustia, nervios y depresiones que afectan al sueño y el bienestar físico. Las fuentes de estrés son tres. Primero, la situación difícil de ellas con respecto al dinero, el trabajo y las condiciones de los hijos, muchas veces por las dificultades que deben enfrentar en el medio por su condición de extranjeras. Segundo, la sensación de no ver hacia adelante un mejor futuro, sentir que no se está avanzando y que pasa el tiempo, además de la sensación de *no pertenecer, de por qué estoy aquí*. Tercero, la situación difícil de la familia en el lugar de origen, la mayoría de las veces con relación al apoyo económico que ellas dan a sus familias y que a veces no es suficiente. Estas fuentes significan gran malestar emocional y desgaste para las mujeres lo que se ve reflejado en un alto nivel de estrés y en la presencia de depresiones.

La discriminación de género, la ruptura con su medio y redes de apoyo, la separación de sus hijos, pareja y familiares, asimismo el acceso limitado al mercado laboral, son determinantes para los problemas de salud mental en las mujeres inmigrantes. Generalmente en los puestos de trabajo a los que les es posible acceder les produce invisibilidad, vulnerabilidad, miedo, aislamiento y ausencia de relaciones socioculturales, lo que les desencadena sentimientos de frustración y baja autoestima. Los trabajos más comunes entre las mujeres inmigrantes, además del servicio doméstico, son el cuidado de personas, la hostelería y la restauración, el comercio callejero y la prostitución.

La desigualdad en la asignación de poder, las condiciones derivadas del trabajo reproductivo y productivo, los riesgos de la reproducción y la falta de autonomía en la sexualidad, afectan la identidad y la salud de las mujeres que lo padecen.

Además en las mujeres inmigrantes la educación, las condiciones laborales y el proceso de integración y síntesis entre el allí y el aquí, además de la sobrecarga emocional y física por el alejamiento de sus hijos y/o familiares cercanos, afectan a su salud, fundamentalmente a su salud mental, sexual y reproductiva, haciéndolas más vulnerables a padecer violencia de género, siendo aquí donde los llamados matrimonios por conveniencia aumentan el riesgo a sufrir malos tratos físicos y psicológicos.

Entre las mujeres inmigrantes que pueden acceder a programas de ayuda como el nuestro, podemos encontrar que lo más frecuente son los trastornos depresivos, de ansiedad y somatizaciones. Sin embargo la percepción de éstas es que se está mal pero no enfermo *porque no me duele nada*. Las mujeres inmigrantes, tienen la percepción de no haber sido entendidas por el médico.

Podemos decir, desde la experiencia de la atención psicológica prestada en el programa de atención a mujeres inmigrantes lo siguiente:

- La población inmigrada posee un doble riesgo: la inmigración como acontecimiento vital estresante y ser un colectivo de exclusión social.
- La migración no es causa de una enfermedad mental, pero sí un factor de riesgo si el inmigrante no está sano o padece discapacidades, si el medio de acogida es hostil o si se dan ambas condiciones.
- El duelo es una característica esencial del cambio migratorio. Es de dos tipos: los vínculos que se dejan atrás (*síntomas depresivos*) y en relación a la adaptación (*síndrome de ansiedad y confusionales*), y responde a 7 causas: la familia y los seres queridos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia y los riesgos físicos.

Existen en los lugares de origen de los inmigrantes enfermedades mentales prácticamente desconocidas en la práctica clínica. Estos síndromes ligados a la cultura, es decir, con diversidad sintomatológica según la cultura del paciente, hacen difícil el diagnóstico diferencial.

- Las mujeres inmigrantes tienen baja utilización de los Servicios de Salud Mental, por falta de accesibilidad, porque el trabajo (que les permite mandarles dinero a su familia) es su prioridad y no su salud, por su concepción de la salud, de la enfermedad mental y de que en su resolución deben intervenir otros actores distintos al psicólogo.

Sin embargo, el aporte que desde esta ponencia podemos hacer a la realidad de las mujeres inmigrantes y la práctica profesional es:



- Diagnosticar adecuadamente. Deben explorarse los siguientes aspectos: autoestima; capacidad de adaptación; la existencia o no de sentimientos de rechazo, ira o aislamiento; apoyo familiar; posible marginación y/o incomunicación; historia relacional anterior y actual.
- Implicación de otras organizaciones e instituciones que provean de recursos compensatorios: ayuda lingüística, adversidades psicosociales, etc...
- Educación Sanitaria, incluida Psicoeducación para prevenir que el trastorno no se complique (adicciones, psicopatía, psicosis).

A manera de conclusión, es posible decir que los datos de esta presentación no pretenden generalizar acerca de la situación de las mujeres inmigrantes en España. Si no contribuir a que a partir de espacios de reflexión como este, se puedan generar posibles soluciones a esta realidad. Es claro, que la base de las mujeres asistidas en CEAR pertenece a un grupo de ellas que enfrentan situaciones sociales, laborales y emocionales de consideración y por ello buscan apoyo en centros de atención.

## Mujer y discapacidad: una doble discriminación

Asunción Moya Maya  
*Psicopedagoga. Profesora de la Universidad de Huelva*



# Mujer y discapacidad: una doble discriminación

Asunción Moya Maya

*Psicopedagoga. Profesora de la Universidad de Huelva*

## 1. Concepto de discapacidad

En 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).

a) **Deficiencia:** cualquier pérdida o anormalidad de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica. Las deficiencias son resultado del desarrollo de enfermedades, traumatismos o trastornos de cualquier tipo, incluso congénitos o perinatales, pero sólo una parte de las enfermedades se traducen en deficiencias persistentes. En principio, las deficiencias representan trastornos a niveles orgánicos.

b) **Discapacidad:** Cualquier restricción o ausencia de la capacidad funcional para realizar actividades cotidianas en la forma o dentro del margen que se considera normal a un ser humano. Las discapacidades son siempre consecuencia de alguna deficiencia, pero éstas a veces no producen discapacidad, por lo que podríamos decir que hay más deficiencias que discapacidades. Las discapacidades representan trastornos funcionales a nivel de la persona.

c) **Minusvalía:** Desventaja social que experimenta una persona como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, lo que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en función de su edad, sexo y otros factores culturales. Las minusvalías implican como condición necesaria pero no suficiente la existencia previa de discapacidades o deficiencias. Habitualmente las minusvalías presuponen alguna discapacidad pero, excepcionalmente, existen casos de minusvalías que son consecuencias de una deficiencia sin que medie un estado de discapacidad. Por ejemplo, una persona con el rostro desfigurado a raíz de un incendio puede mantener intactas todas sus capacidades pero su deficiencia (de apariencia en este caso) puede dar lugar a problemas reales de relación e inserción social.

## 2. ¿Una realidad minoritaria?

Según la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (Naciones Unidas, 2006), alrededor del 10% de la población mundial, o sea 650 millones de personas, vive

con una discapacidad. Constituyen la mayor minoría del mundo. En la mayoría de los países de la OCDE, se informa de que las mujeres tienen una incidencia más alta de discapacidades que los hombres.

Si nos centramos en España, en la última encuesta oficial realizada sobre el tema (*Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999), el número total de personas con discapacidades en España era 3.528.221, un 9% de la población (1999). La mayor parte de ellas corresponde a mujeres (2.055.251, un 58%; 1.472.970 varones).

La cifra de personas de 65 y más años con discapacidades era 2.072.652, un 32,2% de la población de ese grupo de edad. Esta cifra ha aumentado debido a factores como el incremento de la esperanza de vida y las secuelas de algunas enfermedades que pueden suponer limitaciones para la actividad.

Cuando se plantea sostener con datos cuantitativos la presentación de las mujeres con discapacidad en España, nos encontramos con una ausencia de estudios recientes que brinden una imagen actual y fidedigna de su situación. No existe información fiable a escala europea y la ausencia de investigaciones es un hecho que trasciende a la realidad de las niñas y mujeres, también en nuestro país.

Hoy la discapacidad se percibe cultural y socialmente como ajena al grupo mayoritario: *es algo que le ocurre a los otros*. Es una realidad externa, lejana, a veces excluida, integrable socialmente a través del cumplimiento de la ley: una construcción social para la mayoría hegemónica.

Debemos reflexionar, si hay en España más de 3 millones y medio de personas con alguna discapacidad, dos millones de mujeres, y cada uno de ellos/as se relacionan con, al menos, 4 personas.... Multiplicamos y ¿de verdad es una realidad ajena?

Además, debemos pensar que cualquier persona puede sufrir una pérdida que le ocasione una deficiencia. En el momento en que el grupo hegemónico asuma que tener una discapacidad es algo que puede ocurrirle a cualquiera y que todos/as, personas con discapacidad y sin discapacidad, participamos de un único proyecto, sólo entonces dejaría de ser un problema, una construcción social y un motivo de exclusión social necesitado de legislaciones integradora.

### 3. Mujer y discapacidad: una doble discriminación

Podríamos cuestionarnos:

¿Existen diferencias en estos conceptos cuando nos referimos a hombres o mujeres?

¿Es necesario considerar la discapacidad en función del género?

¿Es diferente (en función del género) el trato que la sociedad da a las personas con discapacidad?

Lamentablemente, la respuesta a estas cuestiones es afirmativa y ello nos lleva a considerar que estamos frente a un importante déficit democrático ante el cual debemos actuar.

Tal vez deberíamos hablar de vulnerabilidad, más que de doble discriminación (Allue, 2003). Porque a fin de cuentas, la discapacidad no determina. Como hemos visto, es diversa y varía en función del grado, del tipo de deficiencia, del medio social, cultural y económico en el que se mueva esa mujer.

Es decir, el binomio mujer-discapacidad, estando de acuerdo con la autora citada, no siempre y necesariamente debe ir asociado a la idea de discriminación. Ahora bien, es evidente que la mujer que vive en un medio donde predomine la discriminación de género, la discapacidad resulta una carga añadida. Porque, en general, quien discrimina por género suele discriminar también en otros ámbitos de minorías como son las étnicas o la misma discapacidad.

Estamos de acuerdo con el documento elaborado por el Instituto Andaluz de la Mujer (2003) en el sentido de que estas mujeres por el hecho de serlo sufren las discriminaciones que tradicionalmente vivimos todas las mujeres, pero más acentuadamente, es decir: mayores tasas de paro, menor tasa de actividad, menores ingresos, mayor dependencia económica, menor presencia pública, menor acceso a la información y a los recursos, menor capacidad de decisión en todos los ámbitos de su vida, mayores abusos sexuales, mayores índices de violencia, autoestima más baja, mayor invisibilidad, menores oportunidades, mayor injusticia social, etc.

*Todo ello es debido a que la identidad de las personas con discapacidad se desarrolla igualmente bajo los parámetros del sistema sexo-género que estructura y organiza la sociedad y transmitiendo de generación en generación unos determinados roles de género. Dichos roles han ido cambiando poco a poco sobretodo a partir de la transición al sistema democrático y al esfuerzo y trabajo del movimiento de mujeres, pero todavía la meta de alcanzar la igualdad real, y no sólo formal, que se debe traducir en la real igualdad de oportunidades para las mujeres, todas las mujeres, está lejos de ser alcanzada.*

(IAM, 2003 a, 13)

Por otro lado, somos conscientes de que no podemos unificar este grupo de personas, ya que además de los diferentes tipos (sensoriales, motóricas, cognitivas...), grados y situaciones cambiantes a lo largo de todo el ciclo vital –desde niñas a mujeres mayores–, atraviesan todas las clases sociales y las diferentes identidades culturales de nuestro país.

Al abordar la discapacidad nos estamos refiriendo a las dificultades permanentes físicas, sensoriales o intelectuales, congénitas o sobrevenidas, que obstaculizan la realización de actividades cotidianas (valerse por sí misma, caminar, ver, oír...) y que no son debidas al proceso normal de envejecimiento. Si bien, cada mujer tendrá mayores o menores limitaciones dependiendo de:



- Su estado físico, según el tipo y grado de la discapacidad, los tratamientos más o menos adecuados, el ejercicio físico, la nutrición, las actividades terapéuticas, etc.
- Su salud emocional, es decir, cómo vive y siente cada mujer su discapacidad, la manera en que le afecta, los límites que le marca, la influencia en su vida, hasta qué punto la discapacidad dificulta el relacionarse, disfrutar y tener una mejor calidad de vida.
- Su situación económica, las redes sociales (amistades, familia, grupo de autoayuda...), los recursos propios y los que aporta la Administración.

Debido a sus especiales circunstancias, muchas de las barreras que comparten con todas las mujeres, se agudizan.

#### 4. Manifestaciones comunes de esta doble discriminación

A pesar de la ya asumida heterogeneidad, las mujeres con discapacidad son un colectivo diverso, sin embargo comparten algunos perfiles que de alguna manera están en el origen de esa discriminación:

*La invisibilidad.* Han sido un colectivo de ciudadanas invisibles, aunque en el mundo existan alrededor de 250 millones de mujeres con discapacidad.

Efectivamente, si otras situaciones discriminantes y discriminadoras son denunciadas, reflejadas en medios de comunicación, defendidas por grupos de ciudadanos... ¿es así en el caso de la mujer con discapacidad? *“¿qué discrimina más el género o la discapacidad?, ¿cómo se sienten las mujeres discapacitadas ante el trato, que en general, les da la sociedad?”* (Morris, 1997).

Esta autora nos ofrece una perspectiva feminista de la experiencia de la discapacidad. Morris hace una crítica al modelo masculino dominante y rescata las aportaciones del movimiento de los discapacitados a la sociedad en general. Para Morris (1997), el prejuicio puede materializarse en multiplicidad de forma sociales. Por lo tanto, argumenta que la situación de exclusión social de las mujeres con discapacidades no se debe explicar solamente en términos de barreras arquitectónicas, sino que es necesario tener en cuenta que el hecho de entrar en la vida pública conlleva actitudes de pena y hostilidad. Estas barreras psicosociales ejercen una presión enorme sobre las mujeres con discapacidades cuando intentan autorrealizarse como mujeres, más allá de las discapacidades. Para Morris éste sería el primer y principal obstáculo a superar para mejorar la situación de exclusión social las mujeres con discapacidades.

Desconocimiento que posee la sociedad sobre la discapacidad, que incide negativamente en las relaciones sociales y dificulta nuestra plena integración.

Los estereotipos y prejuicios sociales que presentan una imagen estigmatizada de la discapacidad.

Los obstáculos para acceder y conservar un trabajo que les permita tener una vida independiente y la falta de recursos y adaptaciones técnicas para poder tener una vida más autónoma.

Respecto al tema, nos gustaría recoger algunas reflexiones y datos. Como manifiesta Cozar (2003) presidenta de la CAMF (Confederación Andaluza de Minusválidos Físicos) en una entrevista, hay un 29% de analfabetismo y ello dificulta especialmente el acceso al mundo del trabajo. Si el paro masculino de minusválidos ronda el 60-65%, el femenino se sitúa en torno al 75% -80%. Datos similares nos ofrece el informe IESA, CSIC, Junta de Andalucía realizado en 2002 sobre la situación social y laboral de las personas con discapacidad.

Podemos reflexionar sobre algunos datos:

– El 74,79%, de las mujeres con discapacidad o carece de estudios o tiene estudios primarios: (*Encuesta EDDES*) El porcentaje de analfabetismo causado por razones distintas a los problemas estrictamente físicos o psíquicos afecta al 6,74% de mujeres con discapacidad (43.410), frente al 3,66% de hombres. (23.463) (*Encuesta EDDES*) Una gran mayoría de las personas con discapacidad no participa en el mercado de trabajo.

Sólo el 33,7% (787.800) son personas activas, mientras que la población sin discapacidad representa una tasa de actividad del 70%.

La tasa de actividad de las mujeres con discapacidad (21,7%) (EPA 2005).

La tasa de desempleo entre las mujeres españolas con discapacidad es del 84%. (ONCE).

**Dificultades afectivas:** Las dudas sobre la posibilidad de mantener una relación de pareja y de nuestra capacidad para ser madres.

Los problemas de adaptación del entorno a su realidad específica, barreras de comunicación, arquitectónicas, sociales y psicológicas que dificultan nuestra integración social y laboral. Las barreras arquitectónicas están presentes en todos los rincones



de nuestras ciudades y pueblos, y nos impiden acceder con facilidad a los espacios sociales. Pensemos en las barreras arquitectónicas existentes en los centros de atención e información a mujeres, centros de salud, transportes públicos, centros educativos y centros de día, con múltiples aceras, escaleras, carencia de ascensores, marcos de puertas estrechos, etc.

También están las barreras de comunicación, frecuentemente olvidadas, como las que afectan a muchas mujeres con discapacidad auditiva que utilizan lengua oral y son usuarias de prótesis auditivas que precisan soportes auditivos y/o visuales para la comunicación. Además, quienes utilizan la Lengua de Signos Española y sus variantes regionales necesitan intérpretes en su interacción.

El Plan de acción para las mujeres con discapacidad (2007) nos indica que alrededor de medio millón de mujeres con discapacidad en nuestro país viven recluidas en sus domicilios, sin apenas poder de decisión en el ámbito familiar, sin participación en los ámbitos laboral o público, sin posibilidad de llevar una vida autónoma, con carencias de carácter asistencial, agravadas por la edad avanzada y por asumir casi en exclusiva la función de cuidadoras de sus progenitores.

Mayores tasas de violencia Están expuestas a un mayor riesgo de sufrir violencia en las relaciones de pareja y, en algunos casos, en nuestro entorno familiar, o por parte de las personas que nos cuidan en los centros de rehabilitación, educativos, personal sanitario, etc.

Estas características van a influir en una realidad que se está produciendo respecto a estas mujeres: la violencia. La expresión *violencia contra la mujer*, como indica la Comisión de la mujer de CERMI, se refiere a “*todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada*”. A la luz de esta consideración de la violencia, se puede extraer como conclusión que ésta no sólo es la agresión física, evidente, sangrante, de una cuchillada o un golpe, sino también todo acto que vulnere los derechos humanos que afectan a la libertad, al desarrollo personal, al bienestar. Generalmente, se representa a una mujer maltratada como aquella que recibe golpes o palizas, pero nos cuesta identificar otras formas de violencia menos visibles, que perjudican igualmente nuestra salud física y mental. Tendríamos que reflexionar y ponernos en la piel de estas mujeres. Son un grupo de altísimo riesgo y con una especial desprotección, pues en ellas concurren determinadas situaciones que las hacen especialmente vulnerables cuando viven situaciones de violencia. Estas serían, según el Instituto Andaluz de la Mujer, las siguientes:

- Dificultad a la hora de defenderse físicamente.

- Tener mayores dificultades para expresar los malos tratos debido a problemas de comunicación.
- La dificultad de acceso a los centros de información y asesoramiento principalmente debido a la existencia de todo tipo de barreras físicas y de comunicación.
- Baja autoestima y menosprecio por la propia imagen como mujer.
- Enfrentamiento entre los papeles tradicionales asignados a la condición de mujer y la negación de éstos mismos en la mujer con discapacidad.
- Mayor dependencia de la asistencia y cuidados de otros.
- Miedo a denunciar el abuso por la posibilidad de la pérdida de los vínculos y la provisión de cuidados.
- Menor credibilidad a la hora de denunciar hechos de este tipo ante algunos estamentos sociales.
- Abusos más severos y frecuentes sobre aquellas mujeres que tienen una multideficiencia, problemas de desarrollo mental y de comunicación.

Repercusiones en su salud Entendemos por salud, como indica la Organización Mundial de la Salud, "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades".

Para alcanzar un estado integral de bienestar, un factor fundamental es la atención sanitaria ya que es el ámbito sanitario el encargado de velar en todo momento y sean cuales sean las circunstancias de nuestro bienestar.

Pensamos que un elemento esencial de la sociedad actual, es el derecho a una atención sanitaria adecuada y eficaz, puesto que éste es un eje esencial para el desarrollo de los demás derechos que tienen reconocidos los ciudadanos y ciudadanas para alcanzar una vida social plena y participativa.

Como se refleja en lo dispuesto en el artículo 2 de las Normas Uniformes, "*todos los países deben asegurar la prestación de atención médica eficaz a las niñas y mujeres con discapacidad*", lo que implica un cambio de aptitud por parte de los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario, así como también la necesidad de una formación acorde con las características singulares que presentan dichas personas.

La mejora de la atención sanitaria se cimienta entre otros factores en el desarrollo de investigaciones dirigidas a la mujer, puesto que la mayoría de éstas han sido rea-



lizadas sobre el género masculino, creando un vacío en todo lo que engloba el ámbito de atención y prevención sanitaria de la mujer.

Son muchos episodios y situaciones *llamativas* que podríamos describir e indicar a partir de las experiencias de estas mujeres.

Ellas nos comentan cómo generalmente cuando una mujer con discapacidad asiste a consulta médica aquejada de alguna dolencia relacionada con una enfermedad, el diagnóstico ofrecido por los y las diferentes profesionales médicos que se ocupan de su atención sanitaria suele atribuirse a la discapacidad que presentan. Esta situación provoca en la mayoría de los casos la derivación hacia otro profesional que se relacione estrechamente con su discapacidad en concreto, desechando por tanto el origen real del malestar. Que una mujer presente una discapacidad quiere decir que tiene restringida la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal en el ser humano, pero no significa que su discapacidad sea foco u origen de todas las dolencias que puede presentar una mujer discapacitada a lo largo de toda su vida.

Por otra parte, se observa que en el trato en general dispensado a la hora de acudir acompañadas a los servicios médico-sanitarios el personal no se dirige a ellas directamente, aún pudiendo expresarse correctamente, sino a sus acompañantes. Se entiende que es la familia, o la persona acompañante la que gestiona su salud, pues son percibidas seres débiles o incapaces.

Es importante hacer una diferenciación en cuanto a si la discapacidad que presenta es visible o no, puesto que ésta va influir en la imagen corporal que la mujer pueda tener de sí misma, provocando una situación de pudor, vergüenza... cuando es atendida por el médico/a. Además esta realidad puede verse acrecentada por la falta de conciencia de este hecho por parte del profesional médico.

En otros casos, no es sólo la insistencia de relacionar la discapacidad con cualquier malestar que pueda presentar una mujer con discapacidad, sino que en los propios centros de salud existen múltiples barreras físicas y comunicativas en la atención de un grupo de mujeres que acceden él como pueden ser: el *burro* de los ginecólogos, las barreras de comunicación de las personas sordas,... que limitan la atención sanitaria, incluso llegando en muchos casos a no llevarse a cabo.

Todos los aspectos anteriormente citados, nos van dibujando una situación de grave discriminación que sufren o pueden sufrir estas mujeres por el hecho de ser discapacitadas. Las consecuencias de esta situación son múltiples y diversas, pero en esta ocasión, según el objetivos de estas Jornadas nos vamos a centrar en sus problemas emocionales, en su salud mental.

## 5. La salud emocional de las mujeres con discapacidad

Ante todo y tal como reconoce el Instituto de la Mujer en “La Salud en las Mujeres con Discapacidad” (Instituto de la Mujer, 2005), es necesario partir de un concepto integral de salud que tenga en cuenta:

- a) El estado físico (según la enfermedad y sus secuelas, el tipo y grado de la discapacidad, los tratamientos más o menos adecuados, el ejercicio físico, la nutrición y las actividades terapéuticas necesarias).
- b) Salud emocional: es decir, el modo en que cada mujer vive y siente su discapacidad, cómo la percibe, las desigualdades que le marca, la influencia en su vida...).
- c) La situación económica y la posibilidad de contar con redes sociales y recursos propios, reconociendo, valorando y promocionando el desarrollo.
- d) Otras dimensiones: culturales, relacionales...

Es del todo reconocido que en la salud de las personas influye no sólo agentes que pueden producir enfermedad, sino todo aquello que nos rodea, el medio, las personas, las actitudes, sentimientos... por ello, para analizar la salud mental de estas mujeres, debemos tener presente y considerar los anteriores factores y manifestaciones, así como otros conceptos que en gran medida les están condicionando y repercutiendo: el autoconcepto y la autoestima.

- Entendemos por **autoconcepto**: Cómo nos percibimos, la imagen que tenemos de nosotros/as mismos y mismas.
- Por **autoestima**: Evaluación o juicio que hacemos de esa percepción. Opinión favorable o desfavorable de los diversos aspectos de esa imagen.

### 5.1. Autoconcepto en las mujeres con discapacidad

El autoconcepto en estas mujeres se va configurando a partir de diversas realidades:

- Las mujeres con discapacidad, frecuentemente, son vistas de manera parcial. Como recogen Migallón y Ayala (2007) en el documento “La salud en las mujeres con discapacidad”, muchas veces estas mujeres son percibidas desde una perspectiva limitada, sin tener en cuenta los aspectos y capacidades individuales, como si la identidad se construyese en torno a tener discapacidad, en lugar de ser una característica más de la identidad como mujeres.



– Por otro lado, también influye en este autoconcepto, la propia imagen que de estas personas nos transmiten los medios de comunicación. Éstos cuando nos muestran a este colectivo, a veces, lo hacen desde una perspectiva irreal y poco deseable, en ocasiones, se resaltan hechos heroicos e imposibles así como aislados, colaboran a crear imágenes estereotipadas: *“super-mujeres heroicas que sobrepasan las limitaciones de la discapacidad”*. En el otro extremo, en ocasiones la visión de estas mujeres se centran en sentimientos de pena, dependencia, abandono... *“mujeres dependientes que se comportan de forma infantil”*, *“versiones románticas de la discapacidad”* o *“mujeres en situaciones críticas”*. (Migallón y Ayala, 2007).

– Una de las limitaciones con la que estas mujeres se tienen que enfrentar son las ya citadas barreras, pero no podemos obviar que no son sólo las físicas las que las están discriminando continuamente, quizás más importantes son las barreras actitudinales (creencias preconcebidas que asignan características y comportamientos que excluyen e impiden desarrollarse libremente, según nuestras capacidades, aptitudes y deseos), que nos llevan a pensar que la discapacidad es la causa de los problemas que están viviendo este colectivo.

– Expectativas limitadas o nulas. Muy relacionado con el autoconcepto de estas mujeres es el trato que se les da desde la sociedad en general y en sus relaciones personales. En ocasiones, hemos detectados niveles de expectativas hacia ellas muy limitados o incluso nulos. Ello se manifiesta incluso en el lenguaje con el que se les habla y nombra pasando por la actitud hacia estas mujeres en relación con ámbitos diversos como podría ser la higiene, la alimentación y los cuidados básicos, generándose vínculos de una mayor dependencia con las familias de origen.

– Roles familiares: A menudo, las mujeres con discapacidad se convierten en cuidadoras de familiares (padres y madres mayores, o con enfermedad, e hijos o hijas de familiares). Desarrollan un trabajo familiar y de mantenimiento de la casa y, sin embargo, en muchas ocasiones no se les considera capacitadas para vivir en su propia vivienda o tener su propia familia. Son evidentes y claras las situaciones y planteamientos de excesiva sobreprotección tanto en el ámbito familiar como en la sociedad en general.

– Las mujeres, en la sociedad tradicional, han sido valoradas a partir de modelos de belleza, de juventud y de atractivo sexual, y por la capacidad de generar deseo en los hombres, por lo que cuando comenzamos a ser conscientes de nuestro cuerpo, con frecuencia podemos sentirnos insatisfechas con nuestra imagen corporal. En una sociedad en la que todas tenemos que parecernos, es difícil vivir con una discapacidad. En muchos casos, la discapacidad es percibida como una carencia ante los modelos actuales.

– Durante mucho tiempo la sexualidad femenina se ha querido reducir a la función de reproducción dentro de la pareja heterosexual y monógama. Tradicionalmente el

modelo de sexualidad ha sido marcado por los hombres, y ha supuesto que las mujeres hayamos tenido más dificultades para ver reconocida nuestra propia vivencia de la sexualidad. En muchos casos, las mujeres con discapacidad, especialmente con discapacidad intelectual, han sido disuadidas de vivir en pareja y tener hijos o hijas, por consiguiente, si nos situamos en los planteamientos anteriores, ha originado que la sexualidad se ha tendido a reprimir o incluso, en muchas ocasiones, a negar.

Además, sobre la sexualidad de estas mujeres hay toda una serie de creencias erróneas, se les supone asexuadas, infantiles y, si tienen una discapacidad intelectual, se les presume o una inexistencia de apetencia sexual o un impulso sexual desmesurado e incontrolable. El miedo al embarazo y sus consecuencias (no tener habilidades y/o medios suficientes para cuidar de una criatura, las repercusiones para la salud de la madre, el miedo a que se pudiera heredar la discapacidad, etc.) les preocupa a sus familias y personas cuidadoras. Este miedo puede condicionarlas restándonos autonomía y privacidad y estableciéndose una mayor supervisión y control.

## 5.2. Repercusiones en su autoestima

Todos estas realidades descritas, van configurando la personalidad, los rasgos personales y vitales de muchas de estas mujeres, por ello, según nuestra experiencia, siempre con la lógica heterogeneidad, nos hemos encontrado con numerosas mujeres en las que su autoestima está mermada, pudiendo apreciar algunos rasgos como los siguientes:

- Menos capacidad para enfrentarse a problemas Al disminuir la confianza personal, disminuye la capacidad para enfrentarse a problemas.
- Falta de metas y aspiraciones No tienen autoconfianza y por ello no se plantean metas y aspiraciones, actuando *“yo al final hice lo que se esperaba de mí...”*
- Miedo a los cambios *“Quizás lo que venga sea peor...”*
- Asustadas *“Con mis problemas, no sé que haría si me faltase mi ...”*
- Débiles *“No lo he intentado, pero yo es que no puedo hacer...”*
- Pesimistas nada vale la pena: *“si al final yo se que no servirá para nada, no me van a contratar...”*
- Depresivas *“Muchos días pienso que para vivir así, es mejor morirse”*



– Dependientes “*No salgo porque mis padres no tienen ganas...*”

– Insignificantes “*Esto me habrá salido bien de casualidad, pero yo no soy capaz, a mi no me sale nunca nada bien...*”

Una consecuencia de esta falta de autoestima, es la relación con la pareja, la actitud en las propias relaciones personales: *no merecemos ser queridas y deseadas, agradecidas, mendigas de cariño...* Cuando la autoestima no es buena, no nos creemos *ser merecedoras de ser queridas*, estas mujeres en ocasiones muestran su agradecimiento hacia esa persona que las quiere *a pesar de todo*. Es una actitud insana que coloca a la pareja por encima de ellas. Las relaciones no son de igualdad y pueden desembocar en relaciones de dominio y de abuso o violencia.

## 6. Respuestas a esta doble discriminación

Hasta el momento hemos estado reflexionando sobre la realidad de las mujeres con discapacidad, las diferentes vertientes de la discriminación que en ocasiones padecen, pero en este apartado quisiera proponer algunas respuestas, iniciativas tanto institucionales como personales, que para la superación de estas injustas y denunciabiles situaciones, se están proponiendo y desarrollando.

### 6.1. Respuestas institucionales

Tras la plataforma para la acción que se adoptó al final de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Naciones Unidas, celebrada en Beijing en 1995 y desde diversos organismos gubernamentales europeos, se han fomentado dos tipos de actuaciones prácticas (medidas de acción positiva y principio de transversalidad) que sirven como principales herramientas con las que paliar las distintas desigualdades entre hombres y mujeres, y que también deben ser las dos acciones que orienten las políticas dirigidas específicamente a las mujeres con discapacidad, a saber:

**Medidas de acción positiva**, actuaciones concretas y específicas (que repercuten directamente en la práctica) que tienen como objetivo *compensar* a las personas consideradas desfavorecidas, para obtener una igualdad de trato y oportunidades respecto del grupo más favorecido. Se conciben en tiempos determinados, ya que una vez que la igualdad se haya conseguido, dichas medidas deberán desaparecer.

**Principio de transversalidad**, definido en el IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (2003–2006) como “*la organización, la mejora, el desarrollo y la evaluación de los procesos políticos, de modo que una perspectiva de igualdad de género se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores normalmente involucrados en la adopción de medidas políticas*”.

## 1. A) Escala Internacional

– Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1969).

Se enuncian una serie de artículos con el objetivo de conseguir el mayor progreso y desarrollo económico y social. Se establece la igualdad de sexos como principio básico para este progreso y se nombran una serie de medidas para la protección de las mujeres y, de alguna forma, de las personas con discapacidad, aunque se hace de manera separada.

– Convenio (Nº 168) sobre el Fomento del Empleo y la Protección contra el Desempleo (Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, 1988).

Su objetivo es el fomento del pleno empleo, productivo y libremente elegido, por todos los medios apropiados. Establece la igualdad por motivos de sexo y discapacidad, pero de manera independiente.

– Declaración de los Derechos de los Impedidos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1975).

Por la que se establecen los derechos de las personas con discapacidad y se pide la adopción de medidas a escala nacional e internacional para garantizar el cumplimiento de los mismos sin distinción ni discriminación por una serie de motivos, como el *sexo*.

– Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993).

En las que se establecen los requisitos fundamentales para la igualdad de participación social y las esferas donde debe darse dicha participación. Propone unas medidas de ejecución y un mecanismo de supervisión incluyendo explícitamente a las mujeres con discapacidad en tres ocasiones: la primera, en el preámbulo, en cuanto la eliminación de todas las formas de discriminación contra mujeres y niñas con discapacidad apelando a la Convención por la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la segunda, en el artículo 6 sobre educación, en cuyo punto quinto se alude a la especial atención que debe prestarse a las mujeres; y la tercera en el artículo 9, sobre vida en familia e integridad personal, en cuyo punto cuarto se insta a los Estados a promover medidas encaminadas a modificar las actitudes negativas ante las jóvenes y mujeres con discapacidad.



– Manifiesto de las Mujeres del Foro Europeo de la Discapacidad, 1997.

Está basado en la noción de derechos humanos e igualdad de oportunidades. Incluye recomendaciones con el propósito de mejorar la vida de las niñas y mujeres con discapacidad de la UE.

En su Artículo 1 establece el principio de igualdad de oportunidades para todas ellas, aplicándolo a diferentes esferas.

– Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01).

En dos de sus artículos hace referencia directa a la discapacidad, sin diferenciar el género y la no discriminación por motivos de sexo.

– Directiva 2000/78/CE del Consejo de 27 de noviembre de 2000 relativa al Establecimiento de un Marco General para la Igualdad de Trato en el Empleo y la Ocupación.

Establece y define el principio de discriminación que pudiera producirse, entre otros, por motivos de discapacidad o de sexo extendidos a todos los ámbitos profesionales y al sector tanto público como privado. Por otra parte, introduce la necesidad de hacer ajustes en el trabajo para garantizar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, así como la necesidad de medidas de acción positiva. El género y la discapacidad son tratados independientemente.

– Plan de Acción Europeo de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de la Comisión Europea, 2003.

Se realizó con motivo del Año Europeo de la Discapacidad, 2003. Tiene tres ejes centrales –el empleo, la integración y la accesibilidad–, reconociendo la discriminación múltiple hacia las mujeres con discapacidad. Su vigencia es hasta el año 2010.

– Resolución sobre el diagnóstico prenatal y el derecho a ser diferente adoptada por la Asamblea General anual del EDF el 24 de mayo de 2003 en Atenas.

Alude al enfoque discriminatorio en relación con la discapacidad practicado en la aplicación del derecho al aborto, así como en cuanto a las técnicas de diagnóstico y asesoramiento prenatal ante las denominadas malformaciones genéticas. A su vez, alerta sobre la importancia del

reconocimiento por la sociedad de que la vida de una persona con discapacidad es tan importante y valiosa como la de cualquier otra persona a la hora de garantizar una buena calidad de vida.

– Resolución del EDF sobre los derechos humanos de las mujeres y niñas con discapacidad y de las madres de niños y niñas con discapacidad, 2004.

Resolución adoptada en Polonia para el reconocimiento y respeto pleno de los derechos humanos y las libertades de las niñas y mujeres con discapacidad y de las madres de niños y niñas con discapacidad, de acuerdo con diversas convenciones sobre derechos humanos y otros instrumentos legales adoptados por los distintos gobiernos.

– Tratado Constitucional Europeo (Bruselas, 2004).

Que introduce con carácter vinculante la Carta de los Derechos Fundamentales, en cuyos artículos 21 y 26, hace referencia a la discapacidad. Introduce además la no discriminación, cubriendo a las personas con discapacidad, como un objetivo y como parte integral a tener en cuenta en todas las políticas y legislación emanadas de la UE. La igualdad de género se establece como competencia de la Unión.

– Convención para la Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.

Esta Convención pretende servir de herramienta esencial que asegure que los gobiernos de todo el mundo consideren los temas sobre discapacidad de manera más efectiva, particularmente en los países en desarrollo. Tiene como objetivo que los derechos humanos de las personas con discapacidad se encuentren reflejados en toda su extensión, incluyendo derechos civiles, políticos, sociales y culturales.

## 2. A) Escala Nacional

– Constitución Española, 1978.

Como en la mayoría de documentos citados, en la Carta Magna se hace mención expresa a la no discriminación por motivo de género, reconociendo en su artículo 14, la igualdad ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna. El artículo 9.2 establece que corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas, eliminando los obstáculos que



impidan o dificulten su plenitud y facilitando su participación en la vida política, cultural y social. En el artículo 10 se establece la dignidad de la persona como fundamento del orden político y de la paz social. En congruencia con estos preceptos la Carta Magna, en su artículo 49, ordena a los poderes públicos que presten la atención especializada que se requiera, refiriéndose a las mujeres y hombres con discapacidad con los siguientes términos: “*disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos*”.

– Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad.

En su artículo 8, como se ha señalado anteriormente, se mencionan explícitamente las medidas de acción positiva que deben adoptarse en cuanto a la población de mujeres con discapacidad.

– IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres (2003-2006).

Desarrolla las líneas de actuación del Instituto de la Mujer, con el objetivo de introducir la igualdad de género en todas las políticas de intervención, así como de impulsar el avance de las mujeres en aquellos ámbitos de la vida social en que su presencia se muestra todavía insuficiente. Como se ha señalado anteriormente, menciona a las mujeres con discapacidad de una forma tangencial e indirecta.

– II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad (2003- 2007), del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO).

En él se introduce por primera vez en un documento sobre discapacidad la perspectiva de género, en el siguiente párrafo: “*Respeto por la diversidad y perspectiva de género. Las personas con discapacidad constituyen un colectivo muy diverso. Esta diversidad es en sí misma un hecho positivo, que se debe respetar y aún propiciar. Únicamente funcionarán aquellas políticas que tengan en cuenta y respeten esta diversidad. En particular, se ha de tener muy presente la situación de las mujeres con discapacidad que se enfrentan a múltiples discriminaciones por razón de su discapacidad y de género. Esta múltiple discriminación debe combatirse a través de la combinación de medidas de mainstreaming y de acción positiva acordadas en consulta con las propias mujeres con discapacidad.*”

– Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Primera ley de carácter general definida desde la perspectiva de género y en la que se contemplan disposiciones específicas para las mujeres con discapacidad.

– Anteproyecto de Ley sobre Técnicas de reproducción Asistida del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Cuyo fin es regular la aplicación de las técnicas de reproducción asistida con el fin de facilitar al máximo que las parejas con problemas de fertilidad puedan tener hijos e hijas, superando los obstáculos que se considera que la actual legislación establece.

También regula la aplicación de estas técnicas en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético o hereditario y las condiciones en las que podrá autorizarse la utilización de gametos y preembriones humanos con fines de investigación. Del mismo modo, persigue incrementar la seguridad y las garantías que se ofrecen a estos procesos así como facilitar una mayor y mejor información a los usuarios y usuarias.

– Informe del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) al Anteproyecto de la Ley de Reproducción Asistida a efectos del artículo 24.1 c) de la ley 50/1997, de 27 de noviembre.

En donde el CERMI manifiesta la necesidad de ser consecuentes con la forma de utilizar los avances científicos y de la biomedicina, enmarcándolos en el pleno cumplimiento de los derechos humanos y del respeto por la vida, la dignidad y la diversidad social, sin que en ningún caso sus prácticas comporten fines eugenésicos y de selección genética, ni se reduzca la esencia humana a sus características genéticas. Planteamientos a tenor de los cuales, se rechazan algunas de las técnicas y prácticas que figuran en dicho anteproyecto, por considerarse éticamente inaceptables y claramente discriminatorias al menospreciar la existencia de los hombres y mujeres con discapacidad.

– Plan de acción para las mujeres con discapacidad 2007 (Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales)

El primer Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad tiene como objetivo remover los obstáculos que ocasionan un fuerte déficit de ciudadanía a las mujeres con discapacidad, a través de medidas, que les garanticen el ejercicio y disfrute de sus derechos y la participación plena en la vida social.



El Plan se refiere a todo el ciclo vital de las mujeres con discapacidad y contempla toda su diversidad, aportando una herramienta de trabajo con un enfoque integral y de género que garantice, mediante medidas de acción positiva y transversales, la igualdad de oportunidades para las mujeres con discapacidad.

– Primer Plan Integral de Acción para Mujeres con Discapacidad 2005-2008

Por último la Comisión de la Mujer del CERMI ha elaborado su I Plan Integral de Acción para Mujeres con Discapacidad 2005-2008 que ha sido ampliamente difundido entre las asociaciones de personas con discapacidad de su ámbito.

En este Plan aparece la necesidad de considerar las diferencias de género a la hora de planificar programas. Prioridad para desarrollar líneas de investigación, que acerquen la problemática de la mujer con discapacidad a las exigencias de la sociedad actual. La introducción de la mujer con discapacidad en los medios de comunicación (TV, radio, cine, teatro), así como en las nuevas tecnologías. Necesidad de utilizar la publicidad a favor de la mujer con discapacidad

## 6.2. Respuestas personales

Como hemos podido comprobar, son numerosas las propuestas que se han realizado para dar respuesta a la situación de discriminación que viven las mujeres con discapacidad, pero como ellas mismas señalan, ello no es suficiente. No se superan estas situaciones, ni se alcanza la verdadera igualdad, si las propias mujeres no asumen su situación, plantean estrategias y actuaciones y reivindican su papel en la sociedad dentro de principio de justicia y equidad.

### 1. Tiene una discapacidad, no es discapacitada

a) Saber qué es lo que me pasa: el afrontamiento de la enfermedad. El concepto de afrontamiento hace referencia a todas las respuestas, cognitivas y comportamentales, que realiza una persona para cambiar o controlar las circunstancias estresantes de una situación, así como para reducir las emociones negativas que le acompañan

En el mismo sentido, un grupo de trabajo de la Universidad Miguel Hernández dirigido por la doctora en Psicología M.A. Pastor Mira concluye, que si bien ha quedado justificado el papel determinante

de las creencias de control y de las estrategias de afrontamiento sobre el estado de salud de las personas con problemas de dolor crónico. queda por determinar el mecanismo de su influencia. Es decir, si el efecto de las creencias de control sobre el estado de salud es un efecto directo o modulado por el uso de determinadas estrategias de afrontamiento.

b) Conozca sus necesidades y posibilidades. Como señala Carmona Franco, una postura de *no aceptación* provoca con el tiempo mayor frustración. Debe saber qué es su discapacidad, qué síntomas provoca, qué actuaciones le perjudican y cuáles pueden beneficiar su estado general.

Saber qué no pueden hacer, pero también cuáles son sus posibilidades.

c) No focalización de la discapacidad. Las personas que padecen un problema, una discapacidad suelen estar de acuerdo en qué, con el paso del tiempo, su vida acaba *girando en torno al dolor, a sus limitaciones*, se produce una excesiva atención al problema, se desarrolla lo denominado *hipervigilancia*.

Este aumento de la atención que se presta a los síntomas suele conducir a pensamientos reiterados sobre el propio dolor, las causas que pueden estar provocándolo y, sobre todo, a preocuparse por las dificultades y limitaciones que le impone y por las consecuencias que tendrá para su futuro. A medida que aumenta la atención y preocupación por su enfermedad, es habitual que disminuya el interés y la atención que prestan a otras actividades, a otras áreas de su vida.

En cambio, el dolor, la fatiga, la incapacidad pasan a ser temas frecuentes en sus pensamientos, en sus conversaciones con otras personas, en sus comentarios y quejas. Se habla del dolor que se padece, de las medicinas que se toman, de los médicos a los que se visita, de las limitaciones e incapacidad que conlleva padecer dolor.

## 2. Autocuidado

Además de reflexionar y tomar posturas sobre los puntos anteriores, esta mujeres necesitarán una serie de autocuidados que ellas deberán procurarse y dejar que se les faciliten:

a) Tiempo para nosotras. Proponerse tiempo para realizar cosas que les gustan y les vienen bien.



Buscar diversiones, culturas, formación... La participación en las actividades de ocio y tiempo libre de las mujeres discapacitadas es sensiblemente inferior a la de los hombres, y está condicionada porque no se acepta en la familia que estas mujeres establezcan relaciones fuera del entorno doméstico, existiendo una sobreprotección por su condición femenina.

Reconocer sus deseos, intereses y no anteponer siempre las necesidades de los demás.

b) Prestar atención a sus pensamientos. Cuando una persona se centra con demasiada frecuencia en el dolor y la enfermedad, surgen inevitablemente pensamientos negativos que, como ya se ha visto, acaban por producir estado de ánimo depresivo y más dolor:

Es necesario que estas personas aprendan a generar pensamientos positivos y a ser más tolerante consigo misma.

c) Prestar atención a sus emociones. Con respecto a las emociones que siente, como amor, ira, rabia, odio o miedo, son los sentimientos básicos y normales, y por el hecho de tener una enfermedad no quiere decir que esté exento de ellos o que no pueda expresarlos como cualquier otra persona. Comeche y Martín, en el caso de mujeres con fibromialgia, nos recuerda que tener estos sentimientos es propio del ser humano y no de la enfermedad y lo útil es aprender a reconocerlos adecuadamente.

d) Valorarse. Aceptarse tal y como somos. Evitar compararse con otras personas.

Creerse que somos las personas más importantes en el mundo para nosotras mismas.

### 3. Somos sociales

Además de estos planteamientos y recomendaciones, no podemos olvidar que somos personas sociales y que las relaciones sociales son esenciales para un desarrollo pleno y satisfactorio. Por ello, será importante el tener presente y cuidar:

– Afectos. No todo es enfermedad, necesitamos que nos quieran, querer, tener amigos...

– Comunicarse. Será esencial la comunicación adecuada y real con aquellos que rodean a la persona con discapacidad. Es importante, indica Comeche, que estas personas sean capaces de manejarse con su entorno de forma eficaz, pidiendo ayuda cuando la requiera sin que ello suponga que no sirve para nada, es el mejor camino para equilibrar sus fuerzas, conseguir sus metas y evitar tensiones con sus seres.

– Sexualidad. En relación a la vertiente social que todos y todas tenemos, debemos dedicar una atención especial a la sexualidad en el caso de las mujeres con discapacidad.

Nos podemos encontrar con situaciones muy diferentes, con limitaciones físicas que pueden dificultar el mantenimiento de relaciones sexuales o incluso impedir su realización, pero como en todas las parejas, la primera de estas medidas es la mejora de la comunicación. Por otra parte, no olvidemos que la vía para una relación afectiva, sexual, entre la pareja no es una ni única y será esencial una comunicación abierta y sincera.

Debemos pensar que todos y todas tenemos cuerpos diferentes pero con derecho a la sexualidad. Todos y todas (incluidas las mujeres con discapacidad) tenemos derechos que reconocen y garantizan el respeto a la libertad sexual, a la salud sexual, a la autonomía, a la integridad y seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, al placer, a la expresión sexual emocional, a la libre asociación, a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables, a la información basada en el conocimiento científico y a la educación sexual integrada, entre otros.

– El apoyo de la familia. Un paso fundamental en la aceptación de la discapacidad es que sus familiares y allegados estén también informados de lo que le ocurre y de cómo ayudarle a sentirse mejor. Es importante tener en cuenta que también la familia vive estas limitaciones de manera activa sobre todo cuando son conscientes de su sufrimiento pero no saben qué pueden hacer para aliviarlo.

La atención y apoyo y formación de los familiares y allegados es imprescindible en toda discapacidad.

#### 4. Asociaciones

Dejo para el final el papel esencial de las asociaciones, las incluyo dentro de las respuestas personales, puesto que las asociaciones de mujeres nos permiten crear nuevos vínculos e iniciar proyectos colectivos. En las



asociaciones específicas de mujeres con discapacidad pueden reflexionar sobre sus condiciones de vida, el trabajo, cómo viven y cómo mejorar estas situaciones personales y sociales.

Son evidentes las funciones que éstas llevan a cabo en cuanto que les permite intercambiar sus percepciones, sentimientos e ideas sobre lo que quieren o les preocupa, vivir otras experiencias y tomar mayor conciencia de la situación como colectivo

Por otro lado, y creo que es una función esencial e imprescindible, ayuda a tener voz propia y defender sus derechos, a denunciar situaciones de injusticia y discriminación.

Como señalaban algunas mujeres con discapacidad: Estar informadas sobre nuestros derechos nos hace sentir más capaces para reclamarlos.

Debemos cambiar el mundo, porque el mundo no está cambiando para nosotras.

*“Quererse mejora la salud...”* (IAM, 2007).

## Referencias Bibliográficas

ALLÚE, M. (2003): *Mujer y discapacidad física*. Universidad Jaime I, Castellón.

CARMONA FRANCO, A.: *Guía de aspectos psicológicos en fibromialgia*. Edita: AFIBROM (Asociación de Fibromialgia de la Comunidad de Madrid).

[http://saludmental.info/descargas/Guia\\_Fibromialgia.pdf](http://saludmental.info/descargas/Guia_Fibromialgia.pdf)

COMECHE MORENO, M.I., MARTÍN FERNÁNDEZ, A.: *Vivir con la fibromialgia. Guía de Aspectos Psicológicos*. Edita: AFIBROM.

<http://www.afibrom.org/old/VivirConFibromialgia.doc>

COZAR, M.A. (2003): "Estamos empezando a ser visibles", en *Revista Meridiam*, 31, 26-28.

INE. Instituto Nacional de Estadística, (2005): *Encuesta Población activa*.

[www.ine.es/daco/daco42/daco4211/menuepa05.htm](http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/menuepa05.htm)

INE (2000): *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Avance de resultados. Datos básicos*. Madrid.

<http://www.ine.es/discapa/discapamenu.htm>

INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER (2003a): *Discapacidad desde un enfoque de género*. Documento policopiado.

INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER (2003b): *Violencia hacia las mujeres con discapacidad*. Guía informativa.

MIGALLÓN LOPEZOSA, P. y AYALA FERRADA, O. (2007): *La salud en las mujeres con discapacidad*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2006): *Plan de acción para las mujeres con discapacidad, 2007*.

MORRIS, J. (1997): *Encuentros con desconocidas*. Barcelona, Nancea.

PASTOR MIRA, M.A, LÓPEZ-ROIG S. y RODRÍGUEZ-MARÍN J.: *Dolor crónico: Percepción y afrontamiento*. Revisión en Salud Pública; 99-120. 1995.

[www.asoc-ies.org/docs/indindexso\\_muj\\_dis.pdf](http://www.asoc-ies.org/docs/indindexso_muj_dis.pdf)



## Las asociaciones de mujeres como agentes de promoción de la salud

Teresa Alba Pérez  
*Fundación Matria*



# 9

## Las asociaciones de mujeres como agentes de promoción de la salud

Teresa Alba Pérez

*Fundación Matria*

La filósofa y politóloga Hanna Arendt afirmaba que el poder nunca es individual, sino que es poder de grupo. Este poder ha sido el que ha propiciado los avances de las mujeres para la obtención de derechos políticos, educativos, culturales, sociales, económicos, reproductivos, sexuales, etc...

El actuar en grupo, el plantearse metas y objetivos comunes, ha hecho que el movimiento asociativo de mujeres realice una serie de funciones de gran importancia para la vida comunitaria, entre las que destaca la función terapéutica.

Las asociaciones dan respuesta a muchas de las situaciones que generan un malestar difuso, sin nombre, como lo definía la feminista Betty Friedman. Un malestar que tiene su origen en aspectos sociales de carácter estructural: normas y roles del sistema patriarcal que giran en torno a un destino personal que limita a las mujeres, al adjudicarles los papeles de esposa, madre, ama de casa y cuidadora. Un malestar relacionado con la discriminación por razón de sexo, con el escaso valor social atribuido al trabajo no remunerado, con estilos de vida insatisfactorios. Un universo marcado por las relaciones desiguales por la dependencia económica y afectiva y en el que los estados depresivos son frecuentes a causa de la falta de autonomía, la incomunicación, la soledad, por ese destino de ser para los otros, por un vacío existencial y por la expropiación del tiempo personal, entre otras causas.

Desde sus orígenes, el feminismo buscó alternativas para hacer frente a este tipo de situaciones, creando grupos de autoconciencia y de apoyo mutuo que fueron el embrión de reivindicaciones de mayor calado, como la legalización de los anticonceptivos, el aborto libre y gratuito o el divorcio. Conviene recordar que las asociaciones de mujeres crearon en nuestro país, de forma ilegal, el primer centro de planificación familiar en el año 1977, que abrieron y gestionaron centros de acogida, que atendieron a mujeres víctimas de la violencia machista...

A nivel internacional, surgieron grupos de feministas y profesionales que diseñaron y pusieron en marcha espacios de salud para las mujeres, uno de cuyos referentes es, sin duda, el Colectivo de Mujeres de Boston que editó en 1972 "Nuestros cuerpos, nuestras vidas" como resultado de las reuniones semanales de catorce mujeres, para debatir sobre sus vivencias personales, para compartir sus conocimientos y experiencias. Un hito, ya que el libro ha llegado a más de cuatro millones de personas, en más de una decena de idiomas.

## Espacios saludables

Las asociaciones de mujeres, en la actualidad, constituyen un recurso en el que se puede encontrar respuesta a muchas necesidades y problemas que ocasionan trastornos y malestar psicológico. Su acción se realiza a nivel individual y colectivo, creando entornos saludables por su dimensión social y sobre todo relacional.

Por sí solas, muchas mujeres no pueden modificar las circunstancias que son nocivas para su salud, sin embargo, en grupo, son capaces de resolver en común problemas comunes y de poner en marcha programas y estrategias que inciden positivamente en su bienestar.

Organizando talleres, charlas, actividades formativas, lúdicas, trabajando desde el nosotras se construye un espacio simbólico que propicia una nueva identidad colectiva, a partir de una percepción individual de tener muchas cosas en común.

Las asociaciones propician un proceso en el que se desarrollan nuevas capacidades, conocimientos, habilidades que facilitan el cambio personal, la participación en los procesos sociales, la capacidad crítica, el incremento de la autoestima y la autovaloración, la escucha activa o el aprendizaje significativo.

Profesionales de la salud que trabajan con colectivos de mujeres, han observado cómo ante depresiones, en muchos casos cronicadas y con dependencia farmacológica, se inician procesos de sanación al salir del reducido espacio doméstico, al compartir experiencias, temores y deseos, al redimensionar los problemas confrotándolos con las demás, al cubrir parte de las necesidades emocionales, afectivas y relacionales, al obtener un reconocimiento de las compañeras.

Las amistades nuevas, el diálogo, la reflexión, el concederse tiempo para un ocio más creativo y lúdico, sin sentimiento de culpabilidad, liberándose de prejuicios y estereotipos de género, hace que reconozcan que la asociación les da mucha vida, que hay un antes y un después de tomar la decisión de pertenecer a su colectivo.

## Modalidades asociativas

Las asociaciones de mujeres han seguido la tendencia actual a la especialización, de manera que existe una amplia tipología que se puede analizar según los objetivos que proponen.

Muchas son las que se orientan a la promoción de la salud en sus distintas vertientes, como podría ser el caso de mujeres mastectomizadas o de las afectadas por cáncer de mama, o la fibromialgia, las víctimas de agresiones sexuales, las que se enfrentan a la anorexia o la bulimia, las que se dedican a la lucha contra los malos tratos, las que atienden a mujeres con diferentes tipos de minusvalías. Estos colectivos ofrecen servicios de acompañamiento terapéutico.

Se ha dicho que el matrimonio es un factor de riesgo para la salud de las mujeres ya que los conflictos de pareja son una de las primeras causas de las depresiones que les afectan; hay investigaciones que muestran que las solteras enferman menos y viven más años que las casadas. La familia tradicional, jerarquizada y patriarcal, impone una dinámica en la que el bienestar de sus miembros se logra a costa del malestar de las mujeres. En este sentido, Marcela Lagarde, con su habitual sabiduría, afirmaba que “hay que dejar de ser indispensables para los demás y ser indispensables para nosotras mismas”.

Las asociaciones ofrecen, también en este ámbito, apoyos y recursos a problemas derivados de la vida doméstica o de cambios en la estructura familiar, como es el caso de las separadas, las divorciadas, viudas o madres solas.

Existen también redes de apoyo social para mujeres que, por diferentes circunstancias, sufren una exclusión específica: inmigrantes, mujeres mayores, gitanas, lesbianas...

El tipo más abundante de asociaciones es el de las dedicadas a la animación sociocultural que realiza funciones de carácter formativo, dando nuevas oportunidades a quienes se vieron obligadas a abandonar sus estudios por el solo hecho de ser mujer. Las actividades que estos colectivos organizan proporcionan una buena excusa, una justificación, para salir de sus casas. La socióloga Soledad Murillo en su investigación *Ciudadanía activa y asociaciones de mujeres* considera que estas organizaciones “representan un lugar donde disponer de un tiempo para sí, donde mantener relaciones sociales con otras mujeres, fuera de la mirada masculina”. Especial incidencia tienen en el medio rural donde el aislamiento, las dificultades en el transporte, el peso de las tradiciones y costumbres, hacen que la mera organización de viajes culturales, talleres, conferencias, teatros, concursos de poesía, etc. puedan ser consideradas como transgresiones al orden patriarcal.

## Reconocimiento a su labor

Hay un sentir generalizado entre las mujeres que pertenecen a una asociación y es que una gran mayoría considera que han encontrado un nuevo sentido a sus vidas y que han adquirido comportamientos y actitudes que han mejorado su salud, tales como:

- Una relación diferente con su cuerpo, que en ocasiones se traduce en una metamorfosis exterior, en la forma de arreglarse, de cuidar su imagen, incluso en la manera de andar y de mirar, al conceder una mayor importancia a lo físico. En este sentido es de gran importancia, la organización de actividades tan beneficiosas como el yoga, taichí, chikung, meditación, relajación, marchas en grupo, etc.
- El aprendizaje de hábitos saludables que ayudan a reducir el estrés originado por las cargas familiares no compartidas, el consumo de tabaco y el alcohol, la automedicación; el ser conscientes de la importancia de una dieta equilibrada, del descanso y el sueño.



- El analizar y desterrar tabúes, prejuicios y estereotipos relacionados con la menopausia, la sexualidad (el autoerotismo, por ejemplo), el sentimiento de culpa, el miedo.
- El asumir la responsabilidad del propio bienestar físico, mental y espiritual, sin recurrir a justificaciones externas.
- El minimizar y relativizar los problemas, al confrontarlos con las demás.
- El ser capaces de transgredir normas que limitan su autonomía, sus aspiraciones y deseos.
- El encontrar un ambiente en donde, el diálogo, la amistad, el reconocimiento, la alegría, el respeto, la confianza, generan actitudes positivas, solidarias y altruistas.
- El tomar conciencia de sus derechos como ciudadanas, el ser conscientes de sus aspiraciones y deseos y de la legitimidad de satisfacerlos. El tener proyectos e intereses personales al margen de la maternidad y la vida familiar.
- El empoderamiento individual sustentado en el grupo, con un desarrollo de sus cualidades y potencialidades; el atreverse a cuestionar aspectos de sus vidas considerados como “naturales” y cuyas raíces están en una socialización basada en la resignación, el fatalismo, el sacrificio, la sumisión, el victimismo, la culpabilidad, la dependencia, la indefensión, la autoexigencia, el perfeccionismo...

## A modo de conclusión

¿La sociedad es consciente del valor de las aportaciones del movimiento asociativo de mujeres?  
 ¿Hay un reconocimiento de las instituciones al trabajo y al papel social que desempeñan?

Con presupuestos muy limitados, pero con grandes dosis de dedicación, buen hacer, y compromiso con la causa de las mujeres, estas asociaciones aportan su cuota de bienestar, en muchos casos ofreciendo servicios que las administraciones no prestan, por lo que deben ser consideradas como organizaciones de utilidad social.